



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

### **Intervenções de Enfermagem de Âmbito Psicoterapêutico na Redução da Ansiedade de Pessoas Dependentes de Substâncias Psicoativas**

**Cláudia Patrícia Pires Almeida**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

#### **Intervenções de Enfermagem de Âmbito Psicoterapêutico na Redução da Ansiedade de Pessoas Dependentes de Substâncias Psicoativas**

**Cláudia Patrícia Pires Almeida**

**Orientador: Professora Doutora Francisca Roberto Manso**

**2015**



“Os cuidados de enfermagem são uma arte – a arte da enfermagem – porque o seu resultado para um beneficiário de cuidados provém sempre de um ato único de criação.”

*(Hesbeen, 2000)*

Este é espaço destinado a agradecer a todos aqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a percorrer mais uma etapa da minha vida.

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu marido, Samuel Ruço, pelo amor incondicional, motivação, compreensão e dedicação. Sem ele não teria sido possível.

Agradeço também aos enfermeiros que me receberam nos campos de estágio e aos meus amigos e colegas de trabalho a compreensão, esforço e disponibilidade.

Não poderia também de deixar de agradecer a todos os docentes que me acompanharam neste longo percurso, nomeadamente á minha orientadora.

A todos, obrigado.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA - *American Psychological Association*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

FC – Frequência cardíaca

HD – Hospital Dia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PCC - Psicoterapia Cognitivo Comportamental

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

PV – Parâmetros Vitais

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPSS - *Social Package for Social Sciences*

STAI - *State-Trait Anxiety Inventory*

TA – Tensão Arterial

UC – Unidade Curricular

## RESUMO

Este relatório baseado no projeto intitulado Intervenções de Enfermagem de âmbito Psicoterapêutico na Redução da Ansiedade de Pessoas Dependentes de Substâncias Psicoativas surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O objetivo deste relatório é descrever e analisar o percurso realizado durante o estágio. Com a realização do estágio desenvolvi competências específicas no acompanhamento de enfermagem ao doente psiquiátrico com diagnóstico de ansiedade, através de uma prestação de cuidados especializados. Participei na gestão e implementação de programas de acompanhamento individualizados já a decorrer nos serviços e tive a oportunidade de implementar um programa terapêutico composto por um total de 10 sessões, sendo que 7 foram de âmbito psicoterapêutico e 3 de âmbito psicoeducacional, com o objetivo major de reduzir a ansiedade.

O referencial teórico subjacente à prática de cuidados de enfermagem foi com base no modelo teórico de Betty Newman. Foi utilizada a metodologia de projeto, com uma abordagem mista de carácter crítico reflexiva.

As intervenções de enfermagem realizadas contribuíram para o autoconhecimento e desenvolvimento profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

**Palavras-chave:** Intervenções de enfermagem; Ansiedade; Pessoa dependente de substâncias psicoativas.

## **ABSTRACT**

This report based in the project entitled Nursing Interventions in Psychotherapeutic context on the Anxiety Reduction of People Dependent of Psychoactive Substances, comes under the internship course unit with report of the 5th Masters Degree in Nursery in Mental and Psychiatric area of expertise from the College of Nursing of Lisbon.

The purpose of this report is to describe and analyzing the path followed during the internship. With this internship I developed nursing specific skills on the accompaniment of the psychiatric patient with an anxiety diagnostic, through the provision of specialized care. I took part in the management and implementation of individualized accompaniment programs that were already implemented in services and I had the opportunity to implement a therapeutic program consisting of a total of ten sessions; seven of which from psychotherapeutic level and the other three of psychoeducational level, with the ultimate goal of reducing anxiety.

The underlying theoretical referential to the practice of nursing care it was based on the theoretical model of Betty Neuman. The project methodology was applied, in a combined approach of critical-reflective character.

The nursing interventions performed have contributed to the self-knowledge and professional development as a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry.

**Keywords:** Nursing interventions; anxiety; people with addictions to psychoactive substances.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1. A Teoria de Enfermagem de Betty Neuman na Prática de Enfermagem de Saúde Mental .....	14
1.2. Da problemática à definição de conceitos .....	15
1.3. Perturbação da ansiedade induzida por substâncias psicoativas .....	18
1.4. Intervenções de enfermagem de cariz cognitivo comportamental.....	20
1.4.1. As técnicas de relaxamento na pessoa com perturbação ansiosa .....	21
1.4.2. A Psicoeducação em Saúde Mental e Psiquiatria .....	24
<b>2. DO DESENHO À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....</b>	<b>26</b>
2.1. Caracterização do campo de estágio – Vertente comunitária .....	26
2.1.1. Caracterização dos Utentes do Hospital de Dia .....	27
2.1.2. Recursos Físicos do Hospital de Dia.....	28
2.1.3. Intervenções e Competências Desenvolvidas em ESMP.....	29
2.2. Caracterização da unidade de desabilitação física de pessoas dependentes de substâncias – Vertente Internamento.....	35
2.2.1. Caracterização dos Utentes da Unidade de Desabilitação .....	36
2.2.2. Recursos Físicos da Unidade de Desabilitação.....	38
2.2.3. Recursos Humanos da Unidade de Desabilitação .....	38
2.2.3. Intervenções e Competências Desenvolvidas em ESMP.....	39
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>51</b>

### ANEXOS:

Anexo I - Contrato Terapêutico Hospital Dia

Anexo II - Contrato Terapêutico Unidade de desabilitação

Anexo III - Alta a pedido/rutura unidade de desabilitação

Anexo IV - Escala de ansiedade de *STAI*

Anexo V – Declaração de formação

### APÊNDICES:

Apêndice I - Diário de aprendizagem – Hospital de Dia



Apêndice II - Diário de aprendizagem – Unidade de Desabilitação

Apêndice III - Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico: Ansiedade

Apêndice IV - Apresentação power point da sessão de âmbito psicoterapêutico:  
Ansiedade

Apêndice V - Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico: Alimentação  
Saudável

Apêndice VI - Apresentação power point da sessão de âmbito psicoterapêutico:  
alimentação saudável

Apêndice VII - Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico: Adesão ao regime  
terapêutico

Apêndice VIII - Apresentação *power point* da sessão de âmbito psicoterapêutico:  
Adesão ao regime terapêutico

Apêndice IX - Plano esquemático da sessão de relaxamento

Apêndice X - Sessão de relaxamento: Adaptação da técnica de relaxamento  
progressivo de Jacobson

Apêndice XI - Resultados das avaliações das sessões de relaxamento

Apêndice XII - Grelha de observação para a monitorização de sinais de relaxamento

Apêndice XIII - Estudo de caso

Apêndice XIV - Programa terapêutico de gestão da ansiedade: O mundo dá voltas:  
Relaxa

Apêndice XV - Consentimento livre e informado para a participação no estudo

Apêndice XVI - Planificação da sessão: Vírus Ébola

Apêndice XVII - Formação em Serviço: Vírus Ébola

## INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos utentes do Hospital de Dia tendo em conta o género...	28
Gráfico 2 – Distribuição das entidades nosológicas identificadas tendo em conta o género .....	28
Gráfico 3 – Distribuição dos utentes da unidade de desabituação tendo em conta o género .....	37
Gráfico 4 – Distribuição dos projetos terapêuticos tendo em conta o género dos utentes .....	37

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos físicos do Hospital de Dia .....	29
Quadro 2 – Recursos físicos da Unidade de Desabilitação .....	38
Quadro 3 – Recursos humanos da Unidade de Desabilitação .....	38
Quadro 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra .....	41
Quadro 5 – Distribuição da amostra tendo em conta as substâncias de consumo ...	42
Quadro 6 – Distribuição da amostra tendo em conta o número de internamentos e os anos de consumo .....	42
Quadro 7 – Relação entre o número de internamentos e os anos de consumo no que diz respeito aos consumos de álcool.....	43
Quadro 8 – Relação entre o número de internamentos e os anos de consumo tendo em conta os consumidores de tabaco.....	43
Quadro 9 – Comparação dos <i>scores</i> de ansiedade inicial/final.....	44
Quadro 10 – Comparação dos <i>scores</i> de ansiedade inicial/final.....	44
Quadro 11 – Variação da TA sistólica nas 7 sessões .....	45
Quadro 12 – Variação da TA diastólica nas 7 sessões .....	45
Quadro 13 – Variação da FC nas 7 sessões.....	45
Quadro 14 – Variação da TA sistólica nas 7 sessões .....	45
Quadro 15 – Variação da TA diastólica nas 7 sessões .....	46
Quadro 16 – Variação da FC nas 7 sessões.....	46

## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório está relacionado com o projeto de estágio previamente delineado e intitula-se: **Intervenções de Enfermagem de Âmbito Psicoterapêutico na Redução da Ansiedade de Pessoas Dependentes de Substâncias Psicoativas** e surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, do 1º semestre, do 2º ano do 5º curso de Pós - Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Desta forma, foi-me proposta a elaboração deste trabalho individual, cujo objetivo seria realizar um relatório de estágio, que evidenciasse a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP). Estas competências deverão possibilitar ao enfermeiro uma ação diferenciada numa área específica, que lhe permitirá ter uma compreensão e intervenção mais abrangente perante a pessoa que cuida. Assim, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p. 2), o enfermeiro especialista é a pessoa:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Este estágio teve momentos, o primeiro decorreu de 8 de outubro de 2014 a 21 de novembro de 2014 e o segundo de 24 de novembro de 2014 a 13 de fevereiro de 2015. A escolha das instituições e serviços de saúde recaiu sobre aqueles que ofereceram as melhores condições para a realização de um estágio rico em oportunidades de aprendizagem e com reconhecida idoneidade na prestação de cuidados na área de Saúde Mental e Psiquiatria. Ainda de referir, que a escolha dos locais de estágio foi um momento de extrema importância, uma vez que, “a formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas, (...) a integração da teoria na prática, (...) socialização profissional e formação de identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de modelos profissionais” (Abreu, 2007, p.13).

Desta forma, o primeiro período de estágio decorreu no Hospital de Dia de um centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa e o 2º período numa Unidade de saúde de desabilitação física situada no mesmo centro hospitalar.

Nas sociedades atuais, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental representam a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade (Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), 2007-2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), pelo menos 15,3 milhões de pessoas são afetadas por transtornos associados ao consumo de drogas, sendo que, no ano 2000, 205 000 mortes encontram-se associadas ao seu consumo. Desta forma, e tendo em conta que a problemática da dependência tem vindo a assumir uma grande importância no contexto da saúde mental, o objetivo a que me propus parece-me pertinente e decorreu de um desejo e de uma necessidade de aprendizagem pessoal relacionada com o meu contexto laboral.

Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais diferenciadas, baseei-me no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem e apresentado por Benner. Assim, a autora estabeleceu cinco níveis sucessivos de competência clínica: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Deste modo, propus-me atingir, durante o decorrer do estágio e com a concretização do projeto associado, o nível de competente e proficiente no cuidado à pessoa com doença mental e perita no acompanhamento de enfermagem à pessoa com dependência de substâncias psicoativas.

Neste relatório, foram traçados os seguintes objetivos gerais:

- Descrever o percurso efetuado ao longo dos dois campos de estágios;
- Apresentar a reflexão sobre as atividades implementadas e a forma como contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências como EESMP, bem como para a melhoria dos cuidados prestados;
- Descrever as estratégias utilizadas no processo de aprendizagem e na aquisição de competências;
- Identificar as limitações do trabalho desenvolvido, bem como as estratégias encontradas para as minimizar.

A metodologia usada na realização deste trabalho foi com base na metodologia de projeto, descritiva e crítico reflexiva, com recurso à leitura da bibliografia cedida pelos docentes durante as unidades curriculares, acompanhada de pesquisa

bibliográfica pertinente realizada nas bases de dados Medline, Cinahl, Scielo e RCAAP sobre a temática em análise.

A estrutura do relatório divide-se em três grandes capítulos, o primeiro faz a introdução ao relatório, com a contextualização do referencial teórico que serviu de base às minhas intervenções; a segunda parte contempla a descrição, análise e reflexão dos objetivos e atividades desenvolvidas nos diferentes momentos de estágio e as competências adquiridas e por último é realizada uma breve conclusão da experiência que o curso de especialização promoveu no meu desenvolvimento enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

Desta forma, ainda neste capítulo será apresentado o referencial teórico que sustentou a minha prática de cuidados, bem como alguns conceitos que se relacionam com a temática que desenvolvi e que evidenciam a sua importância no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

### **1.1. Teoria de Enfermagem de Betty Neuman na Prática de Enfermagem de Saúde Mental**

O referencial teórico subjacente à prática de cuidados de enfermagem que selecionei, e considero pertinente, e no qual fundamentei as minhas intervenções foi o modelo teórico da Betty Neuman. Este modelo apresenta quatro pressupostos fundamentais: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, sendo que, o ambiente e a pessoa se encontram em constante interação. Este é um sistema dinâmico que vê a pessoa como um todo, como um ser multidimensional inserido num sistema, que pode ser a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, e que no decurso do seu processo de saúde-doença, as suas partes estão em constante interação com o meio. Esta interação é recíproca e é afetada por diversos *stressores*, causando o desequilíbrio do sistema. Quando os *stressores* afetam as linhas de resistência causando desequilíbrio, a enfermagem surge no sentido de ajudar a pessoa a identificar os seus recursos para combater o *stressor*, promovendo o equilíbrio do sistema (Neuman, 1995).

De acordo com a mesma autora, as intervenções podem ser de três níveis: primário, secundário e terciário. Desta forma, as intervenções que me propus

desenvolver situam-se ao nível da prevenção secundária e terciária, uma vez que estas foram desenvolvidas com o objetivo de ajudar a pessoa a regressar ao equilíbrio do sistema, potenciando os seus recursos e mantendo a sua homeostasia durante um período de tempo mais prolongado, proporcionando o equilíbrio do sistema. Ao intervir nesta fase, o objetivo foi o fortalecimento da resistência aos *stressores* evitando o reaparecimento da reação ou a regressão, reconduzindo o processo no sentido da prevenção primária (Tomey & Alligood, 2004).

## **1.2. Da problemática clínica à definição de conceitos**

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população em geral. Segundo Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues (2001), dos 870 milhões de pessoas que vivem na região europeia, estima-se que, aproximadamente, 100 milhões sofrem de ansiedade e depressão.

Portugal é o país europeu que apresenta a maior prevalência anual de perturbações de ansiedade sendo que do total de 22,9% de perturbações psiquiátricas identificadas, as perturbações de ansiedade correspondem a 16,5%, sendo que 31,9% são perturbações ligeiras, 48,7% perturbações moderadas e 19,4% perturbações graves (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório, 2013).

Existem descrições clínicas daquilo que hoje chamamos de estados de ansiedade, desde os séculos que antecederam o nascimento de Cristo (Peregrino, 1997). No entanto, é apenas a partir dos finais do século XIX que a ansiedade passa a despertar algum tipo de interesse à medicina, sendo nesta altura abordada como um quadro patológico específico. Assim, o século XX tem sido chamado a Idade da Ansiedade, embora os conceitos de ansiedade e medo sejam tão antigos como a humanidade em si. Desta forma, enquanto o conceito de medo tem levantado interesse desde a antiguidade, a ansiedade não foi totalmente reconhecida como uma distinta e profunda condição humana até cerca do início do século XX.

Freud foi pioneiro quando descreveu a ansiedade na Teoria da Personalidade e na etiologia de distúrbios psiconeuróticos e psicossomáticos (Spielberger *et al*, 1983).

Segundo Santos & Silva (1997), os primeiros estudos psicológicos sobre a emoção humana, utilizavam o método introspectivo e pretendiam descobrir quais os elementos mentais que integravam as diferentes emoções. No século XX há uma redescoberta e valorização da dimensão emocional e sua importância no equilíbrio e adaptação da pessoa. Na década de 60 do mesmo século é que a componente vivencial das emoções teve a sua importância reconhecida e atualmente, as emoções são, cada vez mais, encaradas como estados psicobiológicos complexos caracterizados por sentimentos específicos e alterações corporais, particularmente do sistema nervoso autónomo.

Desta forma, hoje em dia, o que denominamos ansiedade, já foi identificado apenas pelos seus sintomas fisiológicos (Sadock & Sadock, 2007).

De acordo com Kaplan, Sadock & Grebb (1997, p. 292), a ansiedade é definida como um “sentimento de apreensão provocado pela antecipação de um perigo, interno ou externo”. Fernandes da Fonseca (1997, p. 346) insere a ansiedade nas perturbações da afetividade definindo-a como “uma manifestação da nossa actividade emocional ou afectiva em que predominam os sentimentos de colorido desagradável”.

A ansiedade é um sentimento desconfortável de pavor resultante da exposição prolongada a períodos de *stress*, sendo que o seu tratamento deve ser individualizado (Neeb, 2000).

Segundo Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro (2000, p.20), a ansiedade “é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho”. Quando exagerados, a ansiedade e o medo, passam a ser reconhecidos como algo patológico, desproporcionais ao estímulo, podendo interferir na qualidade de vida dos indivíduos, no seu conforto emocional ou desempenho diário.

Para Carpenito-Moyet (2009, p. 117), a ansiedade “é o estado em que o indivíduo ou grupo apresenta sentimentos de desconforto e ativação do sistema nervoso autónomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica”. Ainda segundo a mesma autora, a ansiedade pode ser manifestada por sintomas fisiológicos, emocionais e cognitivos. Assim, e tendo em conta a literatura consultada, os diagnósticos de enfermagem de ansiedade e medo têm sido alvo de estudo por parte de vários



investigadores (Jones & Jacob, 1984; Taylor-Loughran, O'Brien, LaChapelle & Rangel, 1989; Yokom, 1984; Whitley, 1994), sendo que, a diferenciação desses diagnósticos está diretamente relacionada com a identificação ou não da ameaça.

Segundo Hollander & Simeon (2008) citados por Townsend (2011, p. 584), “as perturbações da ansiedade são as mais comuns de todas as doenças psiquiátricas e originam incapacidade funcional e sofrimento consideráveis”.

De acordo com Varcarolis (2002), citado por Carpenito-Moyet (2009), a ansiedade poderá ser classificada como: **normal** - necessária para a sobrevivência do indivíduo, que se dissipa quando o perigo ou ameaça deixa de estar presente; **aguda** - resposta a uma perda eminente ou mudança que perturbe a segurança do indivíduo e **crônica** - ou traço de ansiedade, que é aquela que é vivenciada diariamente.

Comprometendo um nível mais profundo que o medo, a ansiedade afeta o núcleo central da personalidade e provoca erosão dos sentimentos de autoestima e valorização pessoal. Ainda de referir que Carpenito-Moyet (2009), considera que os efeitos da ansiedade sobre as habilidades da pessoa podem ser classificados como: Leve ou Ligeira; Moderado; Alto ou Grave e Pânico.

A ansiedade poderá tornar-se um problema sempre que o indivíduo não a consiga prevenir e controlar de forma a não interferir com as suas capacidades de satisfação das necessidades básicas ou conforto emocional razoável (Townsend, 2011). Ainda segundo a mesma autora (p. 584), o termo ansiedade “é muitas vezes usado como sinónimo da palavra *stress*, no entanto, não significam o mesmo”. Desta forma, a autora (p. 584), considera que o *stress* é “uma pressão externa que é exercida sobre o indivíduo” enquanto que a ansiedade é “a resposta emocional subjectiva” a um fator de *stress*. Refere ainda que o conceito de ansiedade também é distinto do conceito medo, afirmando que a ansiedade “é um processo emocional” e o medo “um processo cognitivo (...) que envolve a avaliação intelectual de um estímulo ameaçador”.

Perante uma situação de ansiedade, Townsend (2011, p. 601), dá ênfase a algumas intervenções que devem ser consideradas por parte do profissional de enfermagem. Desta forma, o doente que sofre um episódio de ansiedade não deverá ficar sozinho de forma a sentir que está seguro e protegido. O enfermeiro ao manter

uma abordagem calma, não ameaçadora e usar palavras simples e mensagens breves, pode manter o ambiente terapêutico com um nível baixo de estimulação; administrar terapêutica tranquilizante conforme prescrição médica. Na interação com a pessoa, o enfermeiro pode identificar e discutir com ela maneiras de interromper a progressão da ansiedade, usar “técnicas de relaxamento, exercícios de respiração profunda, exercício físico, caminhadas, corridas e meditação”, entre outras técnicas.

O tratamento desta doença baseia-se na terapia farmacológica associada a intervenções de cariz psicoterapêutico. A combinação destas terapias contribui para o sucesso do tratamento e para a prevenção e retrocesso da doença.

### **1.3. Perturbação da ansiedade induzida por substâncias psicoativas**

Grande parte dos ocidentais, é atualmente, ou foi no passado, consumidor de pelo menos uma substância psicoativa, constatando-se que um elevado número teve uma experiência desagradável relacionada com o seu consumo (Schuckit, 1998).

Segundo a *American Psychological Association* (APA) (2000), a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV, descreve algumas características deste tipo de perturbação, sendo que as relaciona com os efeitos fisiológicos diretos do uso/abuso de substâncias, medicação ou toxinas. O conceito de abuso é definido como o modo errado de usar, ou o modo de causar dano resultante de condutas impróprias (Townsend, 2011).

De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (2013-2020), a dependência de substâncias psicoativas induz um desejo intenso do consumo, um descontrolo sobre o uso, a manutenção dos consumos independentemente das consequências, a prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações e o aumento da tolerância e sintomas.

Os sintomas deste tipo de perturbação passam por ansiedade proeminente, ataques de pânico, fobias ou cumpulsões. O cuidado de enfermagem de clientes com uma perturbação de ansiedade induzida por substâncias "deve ter em consideração

a natureza da substância o contexto em que os sintomas ocorrem, ou seja, a intoxicação ou abstinência” (Townsend, 2011, p. 600).

A Tristeza e o nervosismo são reações frequentes que surgem em situação de *stress* associadas a consumos de drogas, estimando-se que 5% a 10% da população, em certos períodos da vida, sofram de perturbações de ansiedade (Schuckit, 1998).

A complexidade da problemática exige abordagens multidisciplinares e um leque de respostas e dispositivos que de forma articulada e complementar atuem nas várias vertentes deste fenómeno.

De acordo com Read (2002) citada por Ferreira (2004, p.72), “apesar da eficácia da psicoterapia com indivíduos toxicodependentes ter vindo a ser questionada, a presença de uma pessoa interessada, acessível e que não julga, pode ser terapêutica, mesmo com alguém que esteja a consumir drogas”.

A dependência de substâncias caracteriza-se por uma necessidade compulsiva a ponto de gerar tensão no indivíduo sempre que não for satisfeita. Poderá ser classificada como dependência física ou psicológica (Townsend, 2011).

De acordo com os critérios da DSM – IV e em concordância com a CID 10, existem características que devem estar presentes para se poder fazer um diagnóstico de dependência de substâncias. Assim, pelo menos três dos seguintes pontos deverão estar presentes, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses: tolerância; abstinência; a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo; existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; muito tempo é gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação dos seus efeitos; importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente.

Segundo um estudo realizado por Hendriks (1990), citado por Ferreira (2004, p. 66), numa amostra de 152 indivíduos em tratamento numa clínica de desintoxicação na Holanda, 80% dos participantes apresentavam pelo menos uma perturbação

psiquiátrica, sendo que, “as três perturbações psiquiátricas mais frequentes foram a personalidade anti-social, depressão e perturbações relacionadas com a ansiedade”.

#### **1.4. Intervenções de enfermagem de cariz cognitivo comportamental**

Uma grande parte dos doentes em regime de internamento apresenta níveis elevados de ansiedade. No entanto, quando lhe é dada a oportunidade de discutir as suas dificuldades com um enfermeiro especialista que mostre interesse e compreensão, essa ansiedade tende a diminuir (Townsend. 2009).

O EESMP, além das atividades interdependentes, realiza intervenções autónomas, de âmbito psicoterapêutico de cariz cognitivo comportamental e outras técnicas nomeadamente de relaxamento. As primeiras são intervenções bem estruturadas, orientadas para o aqui e agora, e tem como pressuposto teórico básico que os problemas e transtornos do sujeito se devem a distorções do pensamento na sua maneira de se perceber a si, o mundo e o futuro. Este tipo de abordagem envolve um conjunto de técnicas comportamentais e cognitivas baseadas em princípios científicos.

O pressuposto básico das intervenções comportamentais baseia-se nos primeiros estudos do condicionamento clássico de Pavlov (1927), e do condicionamento operante de Skinner (1938). Tem como principal objetivo modificar padrões de comportamentos problemáticos, corrigindo-os através de aprendizagens significativas, apropriadas e do reforço de comportamentos adaptativos (Townsend, 2011). As intervenções comportamentais incluem, entre outras, o relaxamento muscular (Payne, 2000).

Nas intervenções cognitivas, o foco de tratamento é a modificação de crenças e comportamentos mal adaptativos. Este tipo de intervenção surge no início de 1960 numa pesquisa realizada por Beck (1963, 1964), sendo originalmente desenvolvida para ser utilizada na depressão. Nos dias de hoje, este tipo de terapia é frequentemente utilizada nas perturbações emocionais. Assim, de acordo com Beck (1995), Sadok & Sadok (2007), Wright, Thase & Beck (2008), citados por Townsend (2011, p. 300), para além da depressão, a terapia cognitiva pode ser utilizada nas

seguintes condições clínicas: "perturbações de pânico, perturbações de ansiedade generalizada, fobias sociais, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações de *stress* pós traumático, perturbações alimentares, abuso de drogas, perturbações da personalidade, esquizofrenia, problemas de casais, perturbação bipolar, hipocondria e perturbação somatoforme".

As competências do EESMP tendem a expandir-se, também os seus conhecimentos e capacidades no que respeita às diversas intervenções deverão alargar-se (Townsend, 2011). As intervenções de cariz cognitivo comportamental são consideradas fundamentais tanto isoladas como em associação com o tratamento farmacológico. A sua eficácia e eficiência têm vindo a ser demonstrada nos últimos anos (Norton & Price, 2007).

De acordo com Hofmann (2010), após realização de um estudo recorrendo à meta-análise, concluiu-se que a Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC) é altamente efetiva. No entanto, este estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente na quantificação dessa eficácia. Os resultados indicam que dentro das perturbações da ansiedade, as situações de *stress* agudo e a perturbações obsessivo compulsivas são as que mais beneficiam com este tipo de apoio.

#### 1.4.1. As técnicas de relaxamento na pessoa com perturbação ansiosa

De acordo com Townsend (2011, p. 601), as técnicas de relaxamento "resultam numa resposta fisiológica oposta à da resposta de ansiedade e as actividades físicas libertam o excesso de energia de maneira saudável". A autora considera também que os enfermeiros estão na posição ideal para poderem assistir o indivíduo na gestão das questões relacionadas com a ansiedade. A mesma autora define relaxamento como "uma diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e da mente. Um estado de tranquilidade refrescante" (p. 228).

Também Leal (2005) refere que existem várias técnicas e terapias, mediadas pelo corpo entre elas o relaxamento. Esta técnica é utilizada como momento terapêutico no combate à ansiedade como acontece nas terapias comportamentais e cognitivas ou como parte integrante de diferentes psicoterapias. De acordo com Durand de Bousingen (1961), citado pelo mesmo autor (2005, p. 378),

os métodos de relaxação são processos terapêuticos, reeducativos ou educativos, que utilizam técnicas elaboradas e codificadas, exercendo-se especificamente no sector tenso e tónico da personalidade. A descontração neuromuscular leva a um tónus de repouso, base de uma descontração física e psíquica. A relaxação é assim, simultaneamente, uma técnica para conseguir um estado de repouso, o mais eficaz possível, e para economizar forças nervosas, postas em jogo pela actividade geral do individuo.

Quando se aborda o relaxamento existe um autor de referência que é sempre citado na literatura. Roger Vittoz no final do século XIX insistia em chamar a atenção para a importância da sensorialidade e do cérebro consciente. Masson (1986), citado por Leal (2005, p. 379) refere que o seu método pretende:

restabelecer o traço de união entre a actividade consciente e inconsciente do cérebro, visando assegurar ao mesmo tempo a sua unidade e seu equilíbrio. Isto, supondo que cada ideia, impressão, sensação, possa ser á vontade julgada, modificada, separada. É esse o sentido da sua reeducação do controlo cerebral.

Desta forma, trata-se de o doente tomar consciência de todos os seus sentidos (audição, tato, respiração e controlo de imagens mentais e reeducação da vontade).

Leal (2005) refere que o relaxamento se pode obter por numerosas intervenções tais como: o treino autógeno de Schultz; o método de regulação do tónus muscular de Jacobson; relaxamentos dinâmicos ou ginástica doce (o T'ai-Chi-C'huan, o Yoga, o método de Moshe Feldenkrais, o método de Gerda Alexander, a biodinâmica e o método de Laura Mitchell) e os relaxamentos mentais (o zen, a meditação e a iluminação intensiva).

Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy (2014), dizem-nos ainda que as técnicas de relaxamento quando combinadas entre si têm uma eficácia superior no decréscimo da ansiedade, no entanto, quando tal não é possível, aconselha-se o uso de pelo menos uma.

Outros estudos confirmaram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de problemas relacionados com abuso de SP, nomeadamente a realização de exercícios de relaxamento muscular que podem ser realizados em grupo, misturando técnicas sugestivas baseadas no treino autogénico de Schultz e exercícios de técnicas imaginárias de visualização positiva. Outro tipo de relaxamento que pode

ser utilizado é o exercício de técnica respiratória, descrito como respiração diafragmática (Rangé & Marlatt, 2008).

Para Payne (2000), o relaxamento é utilizado no sentido de promover momentos de alívio de tensão e alongamento das fibras musculares. Existem diferentes tipos de técnicas de relaxamento, contudo alguns critérios devem ser contemplados na opção de um determinado método. Segundo Borges (2013), devem ser técnicas de fácil aprendizagem e aplicação, não requererem equipamento complexo, serem passíveis de utilizar com grupos pequenos e servirem para todas as idades. Ainda Serra (2002), citada pela mesma autora (p. 39), refere que “o treino de relaxamento tem demonstrado vantagens em problemas de saúde associados ao *stress*”.

Schuckit (1998) e Stuart & Laraia (2001), corroboram com os autores supracitados, quando afirmam que as técnicas de relaxamento constituem um conjunto de intervenções úteis na área da saúde mental. Desta forma, além de promover a sensação de bem-estar, o relaxamento pode libertar a tensão, diminuir o *stress* e ajuda-los a reajustar o seu estado de ansiedade, reduzindo as barreiras à comunicação.

De acordo com Ramos (2001), citado por Borges (2013), a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson é identificada como o mais antigo método de relaxamento. Para Vásquez (2001) citado pela mesma autora, esta técnica consiste num procedimento que tem como objetivo conseguir “a redução dos níveis de ativação, mediante uma diminuição progressiva e voluntária da contração muscular. O seu objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam *stress* e ansiedade”.

Ainda Almeida e Araújo (2005) comprovaram a efetividade do relaxamento na variação dos sintomas de ansiedade em pacientes em tratamento de alcoolismo. Desta forma, no seu estudo concluíram que as sessões de relaxamento podem ser uma intervenção valiosa no tratamento de dependentes químicos, para quem a ansiedade representa um dos fatores centrais nos seus comportamentos abusivos. Assim, consideram que a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson pode ser utilizada como estratégia integrada num plano de tratamento, sendo que os dependentes químicos deveriam ser encorajados à prática de técnicas de relaxamento

como estratégias de enfrentamento em situações de risco de recaída. Desta forma, o treino de relaxamento pode ser muito útil como técnica de auto ajuda, envolvendo ensino de como relaxar progressivamente, alternando a tensão e o relaxamento de vários grupos musculares enquanto se está numa posição confortável. Assim, o utente aprenderá a aplicar estas técnicas durante as suas atividades diárias e deverá recorrer ao seu uso sempre que se sinta ansioso (Lader & Uhde, 2003).

#### 1.4.2. A Psicoeducação em Saúde Mental e Psiquiatria

No século XIX, a educação dos clientes focava-se nos temas do saneamento, limpeza e cuidados dos doentes. A partir do século XX, o trabalho de saúde pública e prevenção primária começam a ter maior peso e importância no ensino da saúde. Desta forma, os internamentos hospitalares diminuíram e com o aumento das doenças crónicas, a necessidade de conhecimentos por parte do doente e família aumentou (Townsend, 2011).

As sessões de Psicoeducação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria são intervenções do âmbito do enfermeiro e estão previstos na Carreira de Enfermagem, sendo prática corrente no dia-a-dia destes profissionais. Desta forma, a psicoeducação consiste, de acordo com vários estudos, no apoio de informações clinicamente relevantes acerca da sua situação clínica incluindo estratégias de *coping* mais ajustadas e gestão de sintomas. Clinicamente é importante o conhecimento que cada pessoa tem da sua condição, uma vez que vários estudos demonstraram, que o conhecimento sobre a gestão do *stress* ou sobre a sua patologia, se traduziram em melhores respostas individuais na redução dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* (Shah *et al*, 2014).

No tratamento, as intervenções individuais e de grupo podem ser efetivas, sendo que a educação acerca do abuso de substâncias e os reforços positivos aos esforços do doente são fatores essenciais.

No que respeita ao perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista, a OE (2010, p. 6), identifica a psicoeducação como uma das competências do EESMP. Refere que prestar cuidados de âmbito psicoeducacional, “envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias



através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”. Desta forma, o EESMP deve:

(...) fornecer antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais; promover a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental(...); implementar intervenções psicoeducativas (...); ensinar os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas); educar e ajudar o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; prestar apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crônicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias; apoiar famílias de pessoas com doença mental grave (...); demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros (...).

Peplau (1991) citada por Townsend (2011), refere que existem cinco sub papéis dentro do papel do enfermeiro, sendo que, um deles é o papel de professor. A autora (p.373), refere que “o papel de professor em situações de enfermagem parece ser uma combinação de todos os papéis na enfermagem. O ensino parte sempre do que o doente sabe e desenvolve-se à volta do seu interesse (...)”. Desta forma, o papel da enfermagem na identificação das necessidades de aprendizagem torna-se fulcral no momento da avaliação do cliente. Ainda Rankin, Stallings e London (2005), citados pela mesma autora (p. 374), referem que a educação do cliente é o “processo de influenciar o comportamento e produzir alterações no conhecimento, atitudes e capacidades necessárias para manter ou melhorar a saúde”.

Alguns resultados da evidência mostram que as técnicas de relaxamento usadas concomitantemente com a psicoeducação apresentam resultados positivos. Desta forma, a psicoeducação fornece o componente essencial do conhecimento enquanto a componente do relaxamento proporciona a oportunidade de praticar técnicas úteis que podem ser praticadas posteriormente. Assim, reduz-se a ansiedade através do aumento do conhecimento e do treino das técnicas de relaxamento. É um facto que as intervenções de relaxamento são eficazes, no entanto, dependendo da técnica aplicada esta terá mais ou menos impacto e sucesso (Shah *et al*, 2014).

## **2. DO DESENHO À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

Na especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental, "são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo crítico singular, logo uma prática clínica de enfermagem distinta das outras áreas de especialidade", OE (2010, p. 1).

Ainda segundo a OE (2010, p. 3), as competências específicas do EESMP são:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar ou de grupo comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

No sentido de sustentar a aquisição de competências em Enfermagem, Benner (2001), refere que o estudante atravessa cinco níveis de proficiência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), sendo que estes níveis são reflexo de uma mudança no indivíduo, resultando numa aquisição de competências. Desta forma, e tendo em conta que trabalho há cerca de 10 anos com pessoas com problemas de dependência de substâncias, muitas vezes com doença mental de base, considero que desenvolvi competências de perita na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa com dependência de substâncias psicoativas e de proficiente no cuidado à pessoa com doença mental. Desta forma, e tendo em conta a concretização do meu projeto, passarei a fazer uma breve descrição dos campos de estágio bem como as intervenções e competências desenvolvidas em cada um deles.

### **2.1. Caracterização do campo de estágio – Vertente comunitária**

O Hospital de Dia (HD) é constituído por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte: duas enfermeiras, um médico psiquiatra residente e dois internos de psiquiatria, duas terapeutas ocupacionais, dois psicólogos e uma assistente social. Tem como principais objetivos promover o desenvolvimento e/ou o restabelecimento

das capacidades individuais afetadas pela doença; assegurar uma intervenção terapêutica global e precoce, de modo a capacitar o utente para a prevenção de crise e preservar a inserção sociofamiliar com a rutura criada por um internamento total.

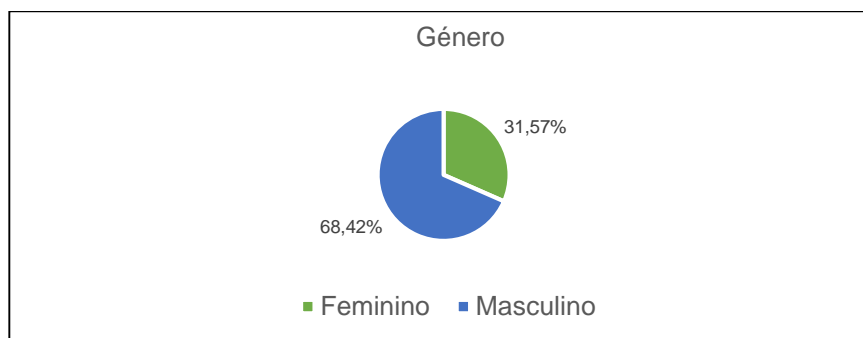
Assim, e de acordo com Fazenda (2008, p.91), no processo de reabilitação da perturbação mental estão implícitas duas vertentes, “uma individual e outra social, visto que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e relacionais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes”.

O HD tem uma lotação de 24 utentes (podendo chegar aos 30) sendo um serviço de internamento parcial que permite uma articulação entre o internamento e a comunidade. Para a admissão no HD o utente é referenciado por uma consulta de triagem efetuada por um psiquiatra, que inclui a avaliação clínica e a definição dos objetivos terapêuticos. Cabe ao utente aceitar as condições de aplicação de um plano terapêutico individualizado e explícito, sendo que, no momento da admissão deverá assinar um contrato terapêutico (Anexo I). Do programa individualizado fazem parte atividades como: grupos terapêuticos; treino de competências sociais; relaxamento; atividades terapêuticas como a psicoeducação; terapia ocupacional e apoio/acompanhamento na área socio-ocupacional e profissional. Desta forma, o projeto de tratamento proposto pelo HD é composto por seis fases distintas: adaptação (fase de integração e atribuição do técnico de referência); avaliação (consiste na avaliação inicial do utente em que é traçado o plano inicial e são feitos os diagnósticos de entrada); terapia; consolidação; preparação para a alta e alta.

#### 2.1.1. Caracterização dos Utentes do Hospital de Dia

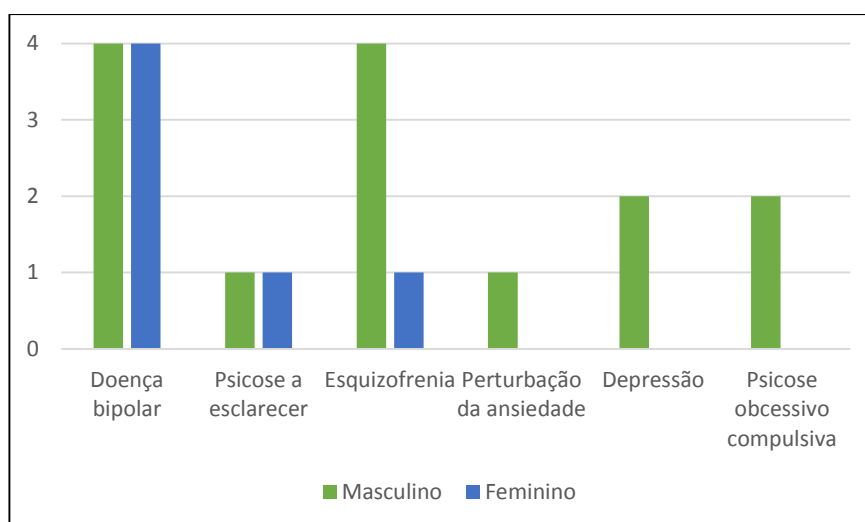
Durante o meu período de estágio frequentavam o HD 19 utentes, sendo que 13 eram do sexo masculino, correspondendo a 68,42% da população e 6 eram do sexo feminino, correspondendo a 31,57% (Gráfico 1), sendo que a sua média de idades correspondia a 36,78 anos.

**Gráfico 1 – Distribuição dos utentes do Hospital de Dia tendo em conta o género**



No gráfico 2 estão identificados os diagnósticos que ocasionaram o internamento dos utentes que frequentam o HD.

**Gráfico 2 – Distribuição das entidades nosológicas identificadas tendo em conta o género**



### 2.1.2. Recursos Físicos do Hospital de Dia

Em termos de estrutura física o HD é constituído por dois andares (rés do chão e 1º andar), sendo que a sua descrição se encontra contemplada no Quadro 1.

**Quadro 1 – Recursos físicos do Hospital de Dia**

O rés-do-chão	O 1º andar
Sala de espera; Sala de enfermagem; 6 Gabinetes médicos; Sala de atividades do grupo II; 1 Cozinha; 1 Sala de reuniões; Gabinete da área de dia; Sala de atividades da área de dia; 1 Bar; 1 Arrecadação; 2 Casas de banho.	Ginásio; Sala de lazer; Sala de atividades do grupo I; 1 Gabinete de psicologia; 1 Gabinete e sala de atividades a terapeuta ocupacional; 2 Gabinetes médicos; 4 Casas de banho (sendo que duas são para profissionais).

### 2.1.3. Intervenções e Competências Desenvolvidas em ESMP

De um modo geral, e apesar do planeamento nem sempre corresponder ao que pode ser implementado nos locais de estágio, considero que os objetivos propostos foram concretizados. Este estágio foi bastante enriquecedor para atingir as competências e os objetivos a que inicialmente me propus. Assim, passo a descrever para cada objetivo proposto as atividades que estiveram na base da sua concretização.

#### **1º Objetivo: Integrar a equipa do HD de Psiquiatria**

Segundo o código deontológico do enfermeiro (2009, artigo 91º), o enfermeiro como membro da equipa de saúde assume o dever de:

actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;

Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;  
Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Ao longo deste primeiro estágio tive oportunidade de inicialmente assistir e posteriormente participar nas reuniões da equipa multidisciplinar facilitando a minha

integração no serviço e na equipa. Para além das atividades dinamizadas pela minha orientadora, participei nas reuniões comunitárias que se realizavam uma vez por semana (às segundas - feiras), nas atividades dinamizadas pela terapeuta ocupacional (visita a uma biblioteca, passeios no parque da saúde, dança terapia e arte terapia) e tive também oportunidade de assistir à consulta de psicologia.

Consultei as normas e protocolos existentes no serviço, bem como os processos dos doentes internados. Para uma melhor integração, e sempre que tinha alguma dúvida, questionava os elementos da equipa que se mostraram sempre disponíveis para me esclarecer e dar a conhecer o seu trabalho.

A principal dificuldade sentida no período de integração foi saber como lidar com esta nova realidade e o receio que sentia associado ao estigma do doente mental. Penso que a dificuldade na técnica de comunicação e relação de ajuda foram sendo gradualmente superadas com o apoio de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente da enfermeira orientadora. A ansiedade e a angústia iniciais foram dando lugar à segurança e à satisfação pois julgo que houve um crescimento ao nível da minha autoconsciência e autoconhecimento.

Considero que a integração numa equipa multidisciplinar é de extrema importância para a aquisição de conhecimentos e competências. Desta forma, penso ter atingido este objetivo, pois demonstrei capacidade de trabalho com criatividade, sentido crítico e iniciativa, respeitando sempre a filosofia da instituição. Adaptei o meu projeto pessoal às necessidades dos utentes internados, não interferindo nos projetos terapêuticos já instituídos no serviço e estive presente nas dinâmicas sempre que me era possível.

**2º Objetivo: Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoeducacional, à pessoa com doença mental tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis e a otimização da saúde mental.**

A promoção da saúde e a prevenção da doença mental são aspetos importantes nos cuidados prestados pelos enfermeiros (Stuart & Laraia, 2001).

Com o intuito de dar resposta ao objetivo traçado, numa fase inicial assisti a sessões de psicoeducação dinamizadas pela enfermeira orientadora. Posteriormente, e após a avaliação das necessidades identificadas pelos utentes naquela altura, tive oportunidade de dinamizar algumas sessões durante o estágio. As intervenções realizadas assentaram essencialmente, na exploração da compreensão dos problemas subjacentes à questão da gestão da ansiedade relacionada com a doença. Assim, e tendo em conta as necessidades e os problemas específicos identificados (aqui e agora), foram programadas três (3) sessões onde foram abordados os temas “Gestão da Ansiedade”; “Alimentação saudável” e “Adesão ao regime terapêutico” (Apêndices III, IV, V, VI, VII e VIII).

De seguida passarei a descrever a metodologia utilizada no planeamento e implementação das referidas intervenções. Desta forma, o grupo-alvo foi constituído por 8 pessoas que faziam parte do grupo I do HD, com história de doença mental e que se encontravam em programa de reabilitação. O grupo tinha pessoas de ambos os sexos, duas mulheres (25% do grupo-alvo) e 6 homens (75% do grupo-alvo), que já se conheciam de sessões prévias. Assim, era um grupo heterogéneo em relação ao género e homogéneo relativamente ao diagnóstico identificado: ansiedade. No que respeita à média de idades esta correspondia a 37,25 anos.

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão para a participação dos utentes nas intervenções. Assim, como critérios de inclusão foram selecionado os utentes que apresentam diagnóstico de ansiedade e utentes que quiseram participar de livre vontade. Como critérios de exclusão foram tidos em conta os utentes com surtos psicóticos, agitação psicomotora, desorientação espaço temporal e com dor aguda ou desconforto físico que dificultasse a participação nas sessões.

No que diz respeito à avaliação das sessões, foi utilizada a técnica de *Brainstorming*. Esta técnica é utilizada para promover a interação do pequeno grupo, onde o ponto-chave está no incentivo à participação de todos com o objetivo de encontrar estratégias para solucionar um problema específico (Minicucci, 2001).

As sessões decorreram sem intercorrências e com grande adesão por parte do grupo, tendo contribuído para que os utentes refletissem e conhecessem estratégias

que podem utilizar para prevenir e para lidar com situações que lhes causam ansiedade.

A realização destas sessões permitiram-me desenvolver a capacidade de planeamento e implementação de intervenções que contribuíram para a adequada resposta aos problemas identificados, bem como para evitar o agravamento da doença promovendo a recuperação do utente e o bom funcionamento familiar. Durante este primeiro campo de estágio, embora não tenha sido realizada uma avaliação tão minuciosa e sistemática das intervenções implementadas, percebi a importância do seu desenvolvimento bem como da utilização de instrumentos de análise para a avaliação da efetividade das intervenções, o que procurei realizar no segundo estágio.

Com a concretização deste objetivo desenvolvi também competências no que diz respeito ao desenvolvimento de intervenções psicoeducativas e ao estabelecimento da relação terapêutica e integração social dos participantes. Ainda de referir que tive a oportunidade de estimular as suas capacidades contribuindo para uma intervenção terapêutica adequada. Considero que foram cumpridos com êxito os objetivos estipulados para as várias intervenções.

**3º Objetivo: Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, à pessoa com doença mental tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis e a otimização da saúde mental.**

No que diz respeito às intervenções de âmbito psicoterapêutico, inicialmente assisti a várias sessões dinamizadas pela minha orientadora e posteriormente, e tendo em conta os objetivos traçados, dinamizei três (3) sessões de relaxamento – técnica adaptada de relaxamento progressivo de Jacobson (Apêndices IX e X).

Considero a possibilidade de dinamizar estas sessões uma mais-valia uma vez que não tinha qualquer prática anterior relacionada com a temática. Apesar do nervosismo inicial, as sessões decorreram sem intercorrências e os utentes mostraram receptividade e satisfação no final das sessões. Estas sessões contribuíram para aprimorar a técnica utilizada para posteriormente poder ser implementado de



forma correta o programa terapêutico que desenvolvi para o campo de estágio seguinte.

No que respeita à avaliação objetiva da ansiedade que antecede as sessões de relaxamento, inicialmente foi realizada uma avaliação prévia dos participantes tendo em conta os seus sinais vitais (SV) (tensão arterial e frequência cardíaca). Relativamente à avaliação subjetiva, esta foi realizada através da expressão de sentimentos que antecede a intervenção. No final da sessão foi realizada uma nova avaliação de SV, partilha de sentimentos e emoções experimentados durante a sessão (Apêndice XI). Ainda durante o relaxamento propriamente dito, foi realizada uma atenta verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições 'lisas' sem rugas de expressão. Para isso foi criada uma grelha de observação para a monitorização de todos estes sinais (Apêndice XII).

Considero que esta fase do meu estágio contribui para aprimorar competências e ajudou de alguma forma estes utentes, que se encontram a maior parte do tempo em ambulatório, a alcançar o bem-estar consigo mesmo de forma a promover comportamentos adequados perante a sociedade em que estão inseridos. Após análise dos resultados, conclui-se que de uma forma geral, todos os utentes beneficiaram com as intervenções desenvolvidas e que as mesmas contribuíram para a diminuição da ansiedade representando ganhos em saúde.

#### **4º Objetivo: Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, a recuperar a saúde mental**

A concretização deste objetivo permitiu-me executar uma avaliação abrangente das necessidades dos utentes bem como a recolha de informação pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos mesmos. Através de várias entrevistas informais que realizei ao longo do estágio, pude identificar problemas e necessidades comuns a vários utentes. De todos os que faziam parte do grupo I do HD, apenas um utente se enquadrava dentro dos critérios do meu projeto: diagnóstico de ansiedade e uso de SP. Desta forma, decidi aprofundar os meus conhecimentos através da

realização de um estudo de caso apelando à disponibilidade do utente para a sua participação. Inicialmente expliquei-lhe o objetivo das entrevistas e de seguida obtive o seu consentimento informado.

Durante a realização das várias entrevistas formais e informais fui ganhando confiança o que permitiu desenvolver uma postura emocionalmente adequada, promovendo a escuta ativa, a congruência, a empatia, a aceitação incondicional e positiva dos utentes, evitando juízos de valor.

A entrevista de enfermagem é uma forma de interação entre o utente e o enfermeiro e pode ter como objetivo a colheita de dados, aconselhamento, ensino psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a pessoa a enfrentar uma situação difícil da melhor maneira (Chalifour, 2009).

Nas entrevistas foi meu objetivo manter um ambiente terapêutico tentando analisar o contexto e os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico, monitorizando as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante todo o processo.

A realização deste estudo de caso permitiu-me desenvolver competências pessoais e profissionais, através da implementação de um plano terapêutico e da aplicação de técnicas como a entrevista motivacional, com o objetivo de promover a mudança de comportamentos. Considero ter adquirido competências no que respeita à capacidade de estabelecer com o utente uma relação de confiança, que no meu ponto de vista é essencial para o referido processo de mudança de comportamentos.

De acordo com Betty Neuman (1995), a enfermagem assiste a pessoa como um todo, tentando obter um nível máximo de bem-estar, sendo que para o atingir, deverão ser programadas intervenções com vista à redução dos fatores de *stress* que possam causar o desequilíbrio do sistema. Neste sentido, e tendo em vista a diminuição dos efeitos provocados pelos *stressores* identificados neste utente, foram desenvolvidas intervenções de âmbito psicoeducacional relacionadas com adesão ao regime terapêutico e estratégias de gestão de ansiedade. Foram também programadas e desenvolvidas intervenções de âmbito psicoterapêutico nomeadamente sessões de relaxamento.

Como limitações do referido estudo de caso, saliento o facto de não ter sido possível realizar uma correta avaliação do mesmo visto o utente ter tido uma alta precoce por não cumprimento das regras inerentes ao programa de internamento/tratamento.

Desta forma, a elaboração e a análise da história de saúde de um utente e o desenvolvimento de um plano de cuidados com os diagnósticos de enfermagem permitiram-me refletir sobre a importância das intervenções planeadas mesmo não tendo sido realizada a avaliação das mesmas (Apêndice XIII).

## **2.2. Caracterização da unidade de desabituação física de pessoas dependentes de substâncias – Vertente Internamento**

A unidade de saúde onde desenvolvi o meu estágio iniciou formalmente a sua atividade a 1 de junho de 1987 e com todas as suas estruturas complementares e articuladas no modelo integrado, a sua atividade centra-se essencialmente na prestação de cuidados aos utentes dependentes de substâncias psicoativas e às suas famílias. O modelo integrado consiste num projeto terapêutico que tem por base a relação de confiança terapeuta/utente e que permite a utilização de vários recursos terapêuticos. Desta forma, o objetivo geral desta unidade de internamento é dar resposta, num ambiente contendor e protegido, a uma fase do processo de tratamento que não foi conseguido ou não é possível realizar em ambulatório.

Existem algumas situações em que é imperioso que esta fase do tratamento se realize em regime de internamento (mau estado físico; grave psicopatologia associada; situação social degradada; consumos ativos elevados; descontinuação do programa de metadona ou buprenorfina; gravidez ou imposição judicial).

Para além do tratamento físico da síndrome de privação, este internamento também permite, pela vivência institucional, a mobilização e utilização de mecanismos de base socio-terapêutica, muito importante no tratamento da pessoa com comportamentos aditivos.

Esta unidade está vocacionada para internamentos curtos de desabituação física, em média sete (7) a dez (10) dias e a sua lotação é de quinze (15) utentes distribuídos

por duas alas distintas (ala masculina e ala feminina). Funciona em regime de porta fechada, ou seja, sem qualquer contacto direto com o exterior (não são permitidas visitas, telefonemas ou receber qualquer tipo de encomenda).

A admissão dos utentes é programada com antecedência por proposta do terapeuta, sem prejuízo de eventuais situações de urgência como sejam as grávidas e patologias psiquiátricas em fase de descompensação. No momento da admissão o utente é informado sobre o funcionamento da unidade e o conjunto de regras que terá de cumprir. Cabe ao utente aceitar as condições de aplicação do plano terapêutico, sendo que, no momento da admissão deverá assinar um contrato terapêutico onde fica também prevista a duração do internamento (Anexo II).

O internamento é voluntário, sujeito sempre à possibilidade de o utente pedir alta contra parecer médico – Alta a pedido/rutura (Anexo III).

No dia da admissão o utente deve apresentar-se na unidade entre as 9h e as 11h, sendo que, no secretariado deverá efetuar um depósito de 50 euros para despesas de tabaco e produtos de higiene. Posteriormente deverá ser realizado um espólio pormenorizado dos seus bens e é-lhe entregue a roupa que irá usar durante o internamento.

Todos os procedimentos devem ser explicados ao utente por forma a este não se sentir intimidado, privilegiando assim este primeiro contacto, de forma a criar um ambiente facilitador para a entrevista inicial onde o utente irá falar de si, da sua história de consumos, da sua família, percurso profissional, do seu estado de saúde e do seu projeto terapêutico.

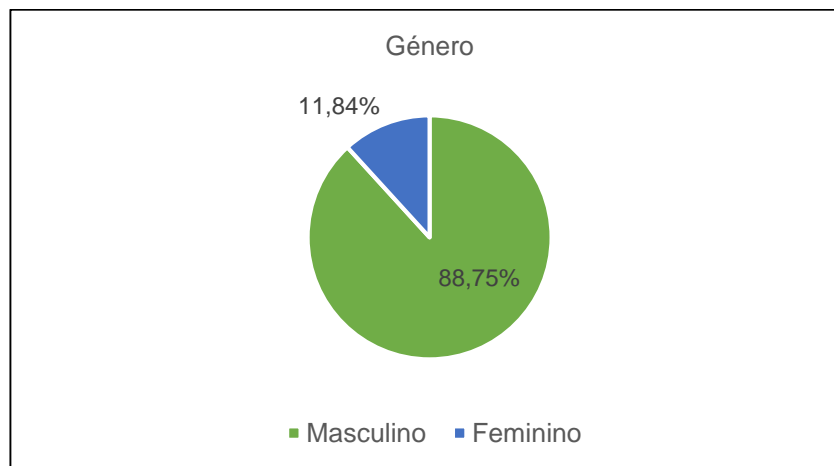
Durante o internamento o enfermeiro deverá zelar pelo bem-estar dos utentes e procurar motiva-los para a concretização do seu projeto terapêutico.

#### 2.2.1. Caracterização dos Utentes da Unidade de Desabilitação

Durante o meu período de estágio, e tendo em conta o tempo médio de internamento verificou-se uma grande rotatividade de utentes. Registaram-se 76

internamentos, sendo que 67 eram do género masculino, correspondendo a 88,75% da população e 9 eram do género feminino, correspondendo a 11,84% (Gráfico 3).

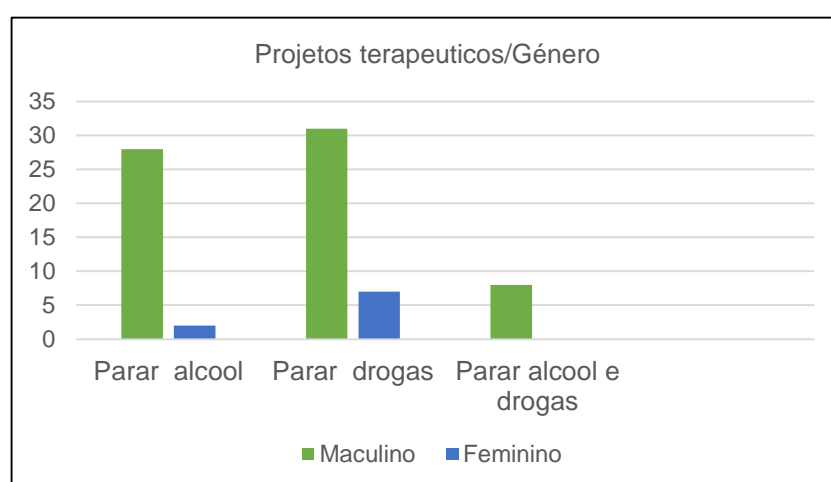
**Gráfico 3 – Distribuição dos utentes da unidade de desabituação tendo em conta o género**



Durante o período de estágio a média de idades dos utentes da unidade de internamento corresponde a 41,7 anos de idade, sendo que o mais novo tinha 21 anos e o mais velho 69 anos.

No Gráfico 4 estão identificados os projetos terapêuticos que ocasionaram o internamento dos utentes nesta unidade.

**Gráfico 4 – Distribuição dos projetos terapêuticos tendo em conta o género dos utentes**



### 2.2.2. Recursos Físicos da Unidade de Desabilitação

Em termos de estrutura física, a unidade de internamento está situada no 1º andar de um prédio e está dividida em duas alas distintas, uma para o género masculino com quatro quartos triplos, e outra para o género feminino com dois quartos triplos. Para além dos quartos, o Quadro 2 faz referência aos restantes recursos existentes na unidade.

**Quadro 2 – Recursos físicos da unidade de desabilitação**

Uma ampla área comum e de refeições com TV e rádio e que também da suporte a algumas atividades como artesanato, pintura, leitura e jogos)	Secretariado
2 Gabinetes médicos	1 Quarto de isolamento almofadado com várias finalidades terapêuticas (Ex: trabalhar a agressividade)
1 Gabinete do enfermeiro chefe	1 Copa
1 Gabinete de enfermagem	Vestiários (masculino e feminino)
1 Sala de atividades de grupo	Arrecadação (rouparia, zona de máquinas)
1 Sala de administração terapêutica	Wc de utentes e profissionais de saúde
	1 Sala de tratamentos

### 2.2.3. Recursos Humanos da Unidade de Desabilitação

Existe uma equipa de profissionais que está implicada na assistência aos utentes. Desta forma, no Quadro 3 está desciminada a equipa multidisciplinar da unidade.

**Quadro 3– Recursos humanos da unidade de desabilitação**

2 Médicos psiquiatras;	1 Fisioterapeutas;
8 Enfermeiros, sendo que 2 são especialistas;	1 Administrativa;
7 Assistentes operacionais;	1 Funcionária da limpeza.
3 Técnicos psicossociais;	

Para além desta equipa, o internamento recorre sempre que necessário a apoios externos como o serviço social, laboratório de análises clínicas e médico internista.

#### 2.2.4. Intervenções e Competências Desenvolvidas em ESMP

Este estágio foi muito enriquecedor e permitiu desenvolver o projeto a que inicialmente me propus. Assim, passo a descrever as intervenções que desenvolvi para atingir os objetivos propostos e que faziam parte do programa terapêutico de gestão de ansiedade, por mim projetado para a população da unidade de desabilitação.

##### **1º Objetivo: Integrar a equipa da unidade de desabilitação**

Como já foi referido anteriormente, julgo que a integração na equipa multidisciplinar é imprescindível para o desenvolvimento de qualquer objetivo traçado. Tendo em conta que atualmente exerço funções no serviço de infeciologia do Hospital Curry Cabral e que mais de 90% dos utentes internados no meu serviço têm ou já tiveram problemas de adição, considero este um facto facilitador da minha integração no local de estágio, além das características pessoais, foi necessário compreender as dinâmicas específicas do serviço e familiarizar-me com elas.

Senti-me bem recebida e integrada desde o primeiro dia de estágio. A simpatia e a disponibilidade de todos os membros da equipa foi notória. Participei em várias atividades realizadas no serviço. Além de colaborar na preparação e administração de terapêutica, fui também realizando, sob supervisão, entrevistas de acolhimento aos utentes e participei nas atividades programadas pelos técnicos psicossociais.

Através da participação nestas intervenções, das avaliações iniciais e de entrevistas formais e informais que fui realizando ao longo do estágio, considero ter desenvolvido as minhas técnicas de comunicação e relação terapêutica com os utentes.

##### **2º Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados, de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, à pessoa com doença mental com passado de dependência de SP promovendo estilos de vida saudáveis.**

Foi durante a realização desse estágio que tive oportunidade de implementar o projeto delineado tendo em conta os objetivos e a população alvo. Uma vez que esta

unidade está vocacionada para internamentos de curta duração, preconizei um programa terapêutico de gestão de ansiedade constituído apenas por sete (7) sessões (Apêndice XIV). Desta forma, as intervenções teriam de ser incisivas por forma a produzir algum resultado em tão curto período (média 10 dias). Após o levantamento das necessidades junto da população alvo, no que respeita à psicoeducação, os temas que surgiram mais vezes e dos quais se manifestou necessidade de abordagem foram as consequências de comportamentos aditivos (álcool e drogas) e estratégias para minimizar a ansiedade. Relativamente às intervenções de âmbito psicoterapêutico foram implementadas sete (7) sessões de relaxamento - técnica adaptada de relaxamento progressivo de Jacobson.

### **Implementação do programa terapêutico**

Para a implementação deste programa terapêutico foram tidas em contas todas as questões ética pertinentes, nomeadamente informação aos utentes sobre o anonimato e assinatura de consentimento livre e informado para a participação no estudo (Apêndice XV). Todas as intervenções foram precedidas de uma avaliação inicial através da aplicação da escala de ansiedade *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Anexo IV) e da avaliação de parâmetros vitais (PV). Durante as intervenções de âmbito psicoterapêutico foram ainda monitorizados os sinais de relaxamento.

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão para a participação dos utentes nas intervenções. Desta forma, os critérios de inclusão selecionados foram: utentes que apresentam diagnóstico de ansiedade e utentes que quiseram participar de livre vontade. No que diz respeito aos critérios de exclusão foram tidos em conta os utentes com surtos psicóticos, agitação psicomotora, desorientação espaço temporal e com dor aguda ou desconforto físico que dificultasse a participação nas sessões.

### **Caracterização da amostra**

O grupo era aberto e devido à rotatividade dos utentes considerei uma mais valia avaliar cada sessão individualmente em vez de fazer apenas um momento de avaliação inicial e outro final.



Inicialmente foi realizada a análise dos resultados obtidos relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, nomeadamente: género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, tipo de habitação, coabitação e motivo de internamento (Quadro 4).

**Quadro 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

		N	%
Género	Masculino	19	95
	Feminino	1	5
Idade	<34	4	20
	35-44	11	55
	>45	5	25
Estado Civil	Solteiro	12	60
	Casado	2	10
	Viúvo/divorciado	6	30
Habilitações	1º ciclo	5	25
	2º ciclo	5	25
	3º ciclo	7	35
	12º ano	2	10
	Licenciatura	1	5
Situação profissional	Emprego estável	3	15
	Emprego ocasional	2	10
	Desempregado	15	75
Tipo de habitação	Casa	14	70
	Barraca	4	20
	Rua	2	10
Coabitação	Sozinho	9	45
	Pais	6	30
	Cônjuge e outros	3	15
	Filhos	2	10
Motivo de internamento	Parar álcool	12	60
	Parar droga	5	25
	Parar álcool e droga	3	15

Assim, a amostra foi constituída por 20 utentes maioritariamente do género masculino (95%), sendo que 55% encontravam-se na faixa etária dos 35 aos 44 anos de idade e no que respeita ao estado civil 60% são solteiros. Relativamente às habilitações literárias a maior parte dos utentes (35%) terminaram o 3º ciclo sendo que atualmente a maioria (75%) estavam desempregados, 70% vivem em casa própria, sozinhos (45%) e o principal objetivo terapêutico é parar os consumos de álcool (60%).

No que diz respeito à análise das substâncias de consumo, conclui-se que as substâncias de eleição dos utentes eram o tabaco (90%) e o álcool com 80% (Quadro 5).

**Quadro 5 – Distribuição da amostra tendo em conta as substâncias de consumo**

	N	%
Álcool	16	80
Tabaco	18	90
Cannabis	6	30
Cocaína	5	25
Heroína	6	30
Benzodiazepinas	3	15
Alucinogéneos	1	5
Anfetaminas	1	5
Ecstasy	1	5

De acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2013), em Portugal, em 2012, cerca de 8,4% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida.

Apesar da gravidade da utilização de drogas ilícitas, o seu impacto na mortalidade e na morbilidade é inferior ao estimado para álcool e tabaco (as drogas lícitas mais consumidas) e com maior número de usuários em Portugal (Neto, 2012).

Relativamente ao número de internamentos é de salientar um máximo de 5 e um mínimo de 1 e verificou-se que em termos de anos de consumo existe uma grande variação sendo que a média registada foi de 18 anos (Quadro 6).

**Quadro 6 – Distribuição da amostra tendo em conta o número de internamentos e os anos de consumo**

	Número de internamentos	Anos de consumo
N	20	20
Média	1,5	18
Mediana	1	19
Desvio Padrão	1	10,24
Mínimo	1	2
Máximo	5	40

Através da análise dos dados, depois da utilização do Teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, conclui-se que, nesta amostra, existe uma relação entre o número de internamentos e os anos de consumo no que diz respeito aos consumidores de tabaco e álcool (Quadros 7 e 8).

**Quadro 7 – Relação entre o número de internamentos e os anos de consumo no que diz respeito aos consumos de álcool**

	Número de internamentos	Anos de consumo
$p$	0,007	0,554

Assim, e tendo em conta os valores de  $p$  apresentados no Quadro 7, concluí que os utentes que consomem álcool são os que têm maior número de internamentos ( $p=0.007$ ).

Em Portugal, o consumo *per capita* é dos mais elevados do mundo, representando uma das principais causas de perda de saúde, contribuindo significativamente para a taxa de internamentos hospitalares e para a taxa de mortalidade associada aos consumos (Melo, Barrias & Breda, 2001).

No que diz respeito à análise do Quadro 8 conclui-se que quem consome tabaco são os utentes que têm consumos aditivos há mais anos ( $p=0,021$ ).

**Quadro 8 – Relação entre o número de internamentos e os anos de consumo tendo em conta os consumidores de tabaco**

	Número de internamentos	Anos de consumo
$p$	0,516	0,021

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Após a aplicação da escala de ansiedade de *STAI* procedeu-se à análise dos dados obtidos. No que diz respeito ao tratamento realizado com variáveis relacionadas foi sempre utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e para variáveis emparelhadas foi utilizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon*.

Desta forma, os resultados demonstram que, no que respeita aos *scores* de ansiedade verificou-se uma descida de todos os valores iniciais quando comparados com a avaliação final de cada sessão (Quadro 9), o que evidencia uma diminuição da ansiedade e consequentemente a efetividade das intervenções.

**Quadro 9 – Comparação dos scores de ansiedade inicial/final**

	Score ansiedade inicial 1	Score ansiedade inicial 2	Score ansiedade inicial 3	Score ansiedade inicial 4	Score ansiedade inicial 5	Score ansiedade inicial 6	Score ansiedade inicial 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	43,4	43	45,4	39,33	42,8	38,6	50,5
Desvio Padrão	10,46	13,18	10,21	11,33	7,79	5,37	6,98
	Score ansiedade final 1	Score ansiedade final 2	Score ansiedade final 3	Score ansiedade final 4	Score ansiedade final 5	Score ansiedade final 6	Score ansiedade final 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	33,6	32,83	38,6	36,33	36,4	31	39,17
Desvio Padrão	9,34	10,32	6,96	8,60	9,63	5,15	10,57

Através da análise do Quadro 10, e tendo em conta os scores de ansiedade inicial/final e o valor de  $p$ , verificou-se uma tendência de descida em todas as sessões, no entanto na sessão 4, apesar de se ter registado uma descida não se verificaram alterações estatísticas significativas ( $p=0,058$ ). Este resultado específico da sessão 4 poderá estar diretamente relacionada com o facto de existir, durante a referida sessão, um utente menos colaborante e que de certa forma possa ter influenciado a concentração do restante grupo.

**Quadro 10 – Comparação dos scores de ansiedade inicial/final**

	Score ansiedade final/inicial 1	Score ansiedade final/inicial 2	Score ansiedade final/inicial 3	Score ansiedade final/inicial 4	Score ansiedade final/inicial 5	Score ansiedade final/inicial 6	Score ansiedade final/inicial 7
p	0,042	0,028	0,012	0,058	0,043	0,043	0,027

Ao comparar as alterações ocorridas nas 7 sessões, relativamente à tensão arterial (TA) sistólica, TA diastólica e frequência cardíaca (FC), pode observar-se que as diferenças são difusas, distintas entre as sessões, não se podendo estabelecer um paralelismo entre elas (Quadros 11, 12 e 13). No entanto, importa salientar que se verificam alterações estatisticamente significativas na TA sistólica na sessão 3 (Quadro 14), na TA diastólica nas sessões 2 e 3 (Quadro 15) e na FC nas sessões 2 e 7 (Quadro 16), todas elas referentes a uma descida dos valores.

**Quadro 11 – Variação da TA sistólica nas 7 sessões**

	TA sistólica inicial 1	TA sistólica inicial 2	TA sistólica inicial 3	TA sistólica inicial 4	TA sistólica inicial 5	TA sistólica inicial 6	TA sistólica inicial 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	117	115,17	116,4	118,83	129,2	119,4	128,67
Desvio Padrão	24,67	19,48	11,62	6,37	11,05	15,44	15,23
	TA sistólica final 1	TA sistólica final 2	TA sistólica final 3	TA sistólica final 4	TA sistólica final 5	TA sistólica final 6	TA sistólica final 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	115	114,67	98,7	108,83	125,6	107,8	124,5
Desvio Padrão	25,27	18,39	9,89	9,28	13,83	11,48	15,02

**Quadro 12 – Variação da TA diastólica nas 7 sessões**

	TA diastólica inicial 1	TA diastólica inicial 2	TA diastólica inicial 3	TA diastólica inicial 4	TA diastólica inicial 5	TA diastólica inicial 6	TA diastólica inicial 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	76	69	71	68,33	85,2	72,6	65,33
Desvio Padrão	21,97	14,42	11,72	4,46	4,09	7,50	10,69
	TA diastólica final 1	TA diastólica final 2	TA diastólica final 3	TA diastólica final 4	TA diastólica final 5	TA diastólica final 6	TA diastólica final 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	78,8	55,17	58,7	72,83	77,8	76,2	59,33
Desvio Padrão	10,04	12,17	10,85	15,59	13,20	13,63	11,81

**Quadro 13 – Variação da FC nas 7 sessões**

	FC inicial 1	FC inicial 2	FC inicial 3	FC inicial 4	FC inicial 5	FC inicial 6	FC inicial 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	80,2	79,33	83	80,17	81	85,4	88,17
Desvio Padrão	12,80	10,37	10,92	11,16	14,14	6,77	8,68
	FC final 1	FC final 2	FC final 3	FC final 4	FC final 5	FC final 6	FC final 7
N	5	6	10	6	5	5	6
Média	75,8	69,83	81	75,67	85,4	79,2	76,33
Desvio Padrão	11,74	16,68	13,32	19,18	11,55	11,50	8,45

**Quadro 14 – Variação da TA sistólica nas 7 sessões**

	TA sistólica final/inicial 1	TA sistólica final/inicial 2	TA sistólica final/inicial 3	TA sistólica final/inicial 4	TA sistólica final/inicial 5	TA sistólica final/inicial 6	TA sistólica final/inicial 7
p	0,223	0,344	0,005	0,058	0,144	0,08	0,068

**Quadro 15 – Variação da TA diastólica nas 7 sessões**

	TA diastólica final/inicial 1	TA diastólica final/inicial 2	TA diastólica final/inicial 3	TA diastólica final/inicial 4	TA diastólica final/inicial 5	TA diastólica final/inicial 6	TA diastólica final/inicial 7
p	0,854	0,028	0,032	0,463	0,345	0,686	0,08

**Quadro 16 – Variação da FC nas 7 sessões**

	FC final/inicial 1	FC final/inicial 2	FC final/inicial 3	FC final/inicial 4	FC final/inicial 5	FC final/inicial 6	FC final/inicial 7
p	0,068	0,043	0,259	0,5	0,138	0,102	0,027

Desta forma, e como tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho, no tratamento, as intervenções do enfermeiro especialista, quer sejam individuais ou de grupo podem ser efetivas, sendo que a educação acerca do abuso de substâncias, reforços positivos aos esforços do doente e as intervenções de âmbito psicoterapêutico são fatores essenciais na recuperação da saúde dos utentes.

Assim, e em concordância com alguns autores que fui citando ao longo do trabalho, posso concluir que as técnicas de relaxamento quando usadas concomitantemente com a psicoeducação produzem efeitos positivos no que diz respeito à redução da ansiedade nos utentes com problemas de abuso de SP.

Como limitações a este estudo importa referir que o programa terapêutico inicialmente foi delineado para ser aplicado a um grupo fechado, sendo que a sua avaliação deveria ter sido realizada no início e novamente no final do internamento para uma correta avaliação da efetividade das intervenções. Tal não se verificou devido ao facto de os internamentos serem curtos (média de 7 a 10 dias) e a rotatividade dos utentes ser muita. Grande parte das vezes, esta rotatividade era consequência de situações de rotura/altas a pedido por parte dos utentes.

### **3º Objetivo: Participar ativamente na formação em serviço**

As intervenções do enfermeiro especialista passam pela identificação de problemas ou necessidades do serviço ou da própria equipa. Desta forma, e tendo em conta o facto de exercer funções no serviço e hospital de referência de validação e

tratamento de suspeitas de infeção por vírus Ébola, fui solicitada pelo enfermeiro Paulo Lourenço (chefe do serviço) para a colaboração na formação em serviço dentro desta área. Assim, disponibilizei-me a dar o meu contributo sugerindo dinamizar a formação envolvendo a equipa de enfermagem e os assistentes operacionais. Inicialmente seria esta a população selecionada para a formação mas posteriormente esta intervenção estendeu-se a toda a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicólogos, administrativos, assistentes operacionais e área de limpeza) da unidade (internamento, área de dia, CAT e alcoologia) (Anexo V).

Esta formação teve como principais objetivos identificar as principais características da doença por vírus Ébola e dar a conhecer os procedimentos perante uma suspeita de vírus bem como os equipamentos de proteção individual necessários durante todos estes procedimentos (Apêndices XVI e XVII).

O momento formativo permitiu a partilha de experiências e a aquisição de conhecimentos sobre a temática em análise. Desta forma, e tendo em conta a linha de pensamento de Watson, a promoção do ensino/aprendizagem interpessoal sendo inerente às competências do enfermeiro contribui para o desenvolvimento das minhas competências no âmbito da formação.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste projeto de intervenção revelou-se uma mais-valia quer a nível pessoal quer a nível profissional, tendo contribuído para garantir um aumento de conhecimentos e desenvolvimento de competências que era um dos meus objetivos, para poder melhorar os cuidados prestados aos doentes no meu serviço. Foi, sem dúvida, um contributo efetivo para o processo terapêutico daqueles para os quais foi destinado.

Este relatório é uma narrativa com base na análise e reflexão do meu percurso agora concluído. Procurei refletir sobre a importância e pertinência das intervenções realizadas nunca esquecendo os possíveis ganhos em saúde. Como refere Hesbeen (2001, p.64), “ (...) a experiência por si só não gera conhecimento, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada”.

Apesar de nem tudo ter sido concretizado como inicialmente tinha sido delineado, em consequência da realidade encontrada nos campos de estágio, o projeto é sempre suscetível de alterações e ajustamentos e considero que os objetivos a que inicialmente me propus foram atingidos.

Nem sempre o percurso foi fácil, mas a motivação e dedicação com que me entreguei a este projeto fizeram com que tivessem sido mais os momentos de aprendizagem e aquisição de saberes do que os momentos de frustração por não atingir o pretendido. Desta forma, considero que todo este processo fomentou o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional de saúde e contribuiu para a aquisição de competências como enfermeira especialista.

A escolha dos campos de estágio revelou-se de extrema importância no que diz respeito à aquisição de competências. Foram escolhidas instituições com reconhecida idoneidade na prestação de cuidados na área de Saúde Mental e Psiquiatria que me permitiram alargar os conhecimentos através de estágios ricos em oportunidades de aprendizagem. Ao longo dos estágios foram definidos objetivos e alguns foram mais facilmente atingidos que outros.

Foi interessante perceber que ao longo deste percurso, mesmo sem intencionalidade, muitas vezes mobilizei conhecimentos e competências adquiridas



para a minha prática de cuidados diários, desenvolvendo uma prática avançada através da articulação entre as competências técnico científicas e as competências relacionais. Desta forma, saliento também o desenvolvimento de competências no que diz respeito à comunicação que considero fundamentais para o desenvolvimento de uma relação de ajuda.

A partilha de experiências com os meus pares permitiu-me solidificar os meus conhecimentos sobre o processo de cuidar e ampliar as minhas competências nos diferentes domínios do saber. No entanto, considero que os períodos de estágio foram demasiado curtos para permitir a implementação de projetos e abordagens mais completas e inovadoras, sendo que considero este o aspeto negativo deste percurso.

Como aspetos facilitadores deste percurso devo salientar o facto de já ter experiência prévia na prestação de cuidados a doentes dependentes de substâncias psicoativas, muitas vezes com doença psiquiátrica de base, uma vez que exerço funções no serviço de infeciologia há cerca de 10 anos. Outro aspeto que considero fundamental para o sucesso da implementação do meu projeto foi a aceitação e acolhimento do meu projeto por parte dos orientadores, enfermeiros e pares.

Este trabalho foi também uma mais-valia na compreensão da importância que se atribui à qualidade de vida e à sua relação com a saúde e bem-estar. Sendo a saúde um contínuo processo individual, onde a subjetividade é uma característica central, é importante que os enfermeiros compreendam a saúde a partir do outro, com o outro e para o outro. O mais importante é sermos capazes de transferir os conhecimentos e competências aqui desenvolvidas para a prática dos cuidados, fazendo assim com que os saberes científicos nos confirmem competências úteis para melhorar a saúde do outro.

Desta forma, dou por concluída mais esta etapa da minha vida, que certamente não será o fim de nada mas o início de um longo caminho na busca contínua do saber. Achei interessante fechar este capítulo com a definição de competência de Phaneuf (2005), definição que me faz muito sentido e que me parece importante referir tendo em conta o culminar desta etapa:

A competência de enfermagem baseia-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa à escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de ação e de empatia. Na sua definição mais ampla, o conceito de

competência cobre um saber em atos, responsável, reconhecido, organizado em função de uma finalidade. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, trata-se de um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e socio-afetivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Almeida, S. C., Araújo, R.B. (2005). Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Boletim de Saúde*. 19 (2), 135-142.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed), Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Apóstolo, J.L.A., Figueiredo, M.H., Mendes, C.A., Rodrigues, M.A. (2001). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 19 (2).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borges, E. M.N., Ferreira, T. J. R. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (10) 37-42
- Acedido em: 14-05-2014, Disponível em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164721602013000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602013000200006&lng=pt&nrm=iso)>
- Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. (11ª edição), Porto Alegre: Artemed.
- Carvalho, A., Diogo, F. (1999). *Projecto Educativo*. (3ª edição), Porto: Edições Afrontamento.
- Castillo, A. R. GL., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22 (2), 20-23.
- Acedido em: 10-05-2014, Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462000000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462000000600006)

Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Volume 2. Loures: Lusodidata.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo executivo. Acedido em: 03/05/2014. Disponível em: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>

Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro. Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências. Diário da República, 1.ª série — N.º 180. Acedido a 02/02/2015. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD\\_LEGISLACAO/Attachments/521/rcm\\_115\\_06.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/521/rcm_115_06.pdf)

Dochterman, J. M., Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC). (4ª edição), Porto Alegre: Artmed Editores.

Fazenda, I. (2008) - *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes da Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. (2ª edição), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fernandes, M.T. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir*. 47(5), 233-236.

Ferreira, A. I. (2004). Toxicodependência (s) e Psicoterapia (s). *Revista Toxicodependências*, (10) 66-74.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hofmann, S.G. (2010). The effect of mindfulness based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 78, 169-183.

- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (2ª edição), Porto Alegre: Artmed Editores.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio da psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª edição), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lader, M.H., Uhde, T.W. (2003). *Ansiedade, Pânico e Fobias. Guia indispensável para práticas clínicas*. Porto: Medisa Edições e Divulgações Científicas LDA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de século edições.
- Melo, M. L. M., Barrias, J. C., Breda, J.J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Neto, C., Fraga, S., Ramos, E. (2012). Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. *Revista de Saúde Pública*, 46 (5), 808-815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500007>
- Neuman, B. M. (1995). *The Neuman systems model*. (3ª edição), Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Norton, P.J., Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*. 195, 521-531.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Conselho de enfermagem. Acedido em: 08-02-2015, Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Conselho de enfermagem. Acedido em: 23-04-2014, Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.
- Payne, R. A. (2000). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª edição), Camarate: Lusociência.
- Peregrino, A. (1997). *Ansiedade normal e patológica. Ansiedade e Transtornos de Ansiedade*. Rio de Janeiro: Editora científica Nacional
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rangé, B. P., Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 88-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>
- Ruivo, M. A., Nunes, L., Ferrito, C., Gato, A. P., Pereira, M., Figueiro, A. & Mirante, A. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*,3-37.
- Sadock, B. J., Sadock, V., A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9ª edição), Porto Alegre: Artmed.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Forma Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98. Acedido em: 10-06-2014. Disponível em:<https://docs.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daNVJWTHZpU19MWk0/edit?pli=1>
- Schuckit, M.A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi editores.

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa. Acedido em: 10/02/2015. Disponível em: [http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Coordenacao/Documents/PNRCAD\\_2013\\_2020.pdf](http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Coordenacao/Documents/PNRCAD_2013_2020.pdf)
- Shah, L. B. I., Klainin-Yobas, P., Torres, S., Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28 (2), 94 - 101. Acedido em: 15-06-2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ª edição), Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tomey A. M., Alligood M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª edição), Loures: Lusociência.
- Townsend, M.C.(2011). *Enfermagem em Saude Mental e Psiquiatrica – Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ª edição), Loures: Lusociência.
- UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA. Faculdade de Ciências Médicas (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório. Lisboa. Acedido a 11/04/2015. Disponível em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A., A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*.5 (1), 46-61. Acedido em: 10-05-2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180856872009000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872009000100005&lng=pt&tlng=pt).

ANEXOS



ANEXO I  
Contrato Terapêutico Hospital Dia



## *Contrato Terapêutico*

O Hospital de Dia é um serviço de internamento a tempo parcial que compreende a aplicação de um plano terapêutico individualizado e explícito.

As atividades são efetuadas em grupo e têm finalidades diagnósticas e terapêuticas, para resolver os problemas do utente, em vista à sua reintegração familiar, social e profissional/formativa.

A integração no plano de tratamento do Hospital de Dia implica um livre compromisso entre o utente e a equipa terapêutica, o qual pressupõe a aceitação dos seguintes pontos:

1. O horário de funcionamento do Hospital de Dia é das 9 às 16 horas, de segunda a sexta-feira. O horário de atividades poderá ser alterado pela equipa técnica sempre que necessário.
2. As atividades propostas são de frequência obrigatória.
3. As atividades realizadas são efetuadas sempre na presença e sob orientação de um ou mais técnicos.
4. Cada utente terá um técnico de referência, que deve ser consultado sempre que for necessário ter um apoio individual.
5. A equipa está obrigada ao segredo profissional.
6. O utente não deve divulgar fora do Hospital de Dia qualquer informação relativa às pessoas em tratamento.
7. Apenas poderá ausentar-se da área do Hospital de Dia com conhecimento e acordo prévios da equipa.
8. Não são permitidas vendas, trocas e empréstimos de objetos ou dinheiro entre os utentes.

9. Cada utente é responsável pelos seus bens, não se responsabilizando o Hospital de Dia pelo seu eventual desaparecimento.
10. Só é permitido fumar no espaço reservado para o efeito e apenas no intervalo entre atividades.
11. Não é permitido o uso de drogas. Um despiste analítico poderá ser solicitado, em qualquer ocasião, por motivos clínicos.
12. O utente deverá ajustar os seus comportamentos às normas socialmente aceites.
13. Sempre que seja impossível a sua comparência no Hospital de Dia, deve avisar até às 9:30 horas, desse mesmo dia, para o telefone: 217917000 EXT. 1278/1363.
14. Sempre que a sua não comparência seja motivada por algum compromisso institucional, deve trazer o comprovativo.
15. O almoço é fornecido pelo Hospital de Dia através de uma senha a utilizar no restaurante dentro do CHPL.
16. A medicação é fornecida e controlada pela farmácia hospitalar.
17. Não é permitida a utilização de telemóveis durante as atividades.
18. As relações de namoro entre os utentes do Hospital de Dia não devem acontecer durante o período de internamento.
19. O incumprimento das regras acima descritas poderá determinar medidas disciplinares, que poderão incluir desde suspensão do tratamento até alta.

Eu,

\_\_\_\_\_, compreendi e aceito as regras acima definidas, e assino este contrato na presença do meu técnico de referência.

O Utente

O Técnico de Referência

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_

ANEXO II

Contrato Terapêutico Unidade de desabilitação



Ministério da Saúde

### UNIDADE DE INTERNAMENTO

Declaração a ser preenchida pelo candidato à

Unidade de Internamento

Nome \_\_\_\_\_, (Idade) \_\_\_\_\_,

declaro conhecer e aceitar as regras de internamento na Unidade de Internamento do Centro das Taipas.

Declaro que o internamento é feito a meu pedido e considerado necessário pelo meu médico Assistente, Dr. \_\_\_\_\_.

O tempo de internamento contratado foi de \_\_\_\_\_ dias.

Declaro que aceito iniciar antagonista opiáceo no Internamento, conforme combinado com o meu terapeuta.

O meu familiar (Nome) \_\_\_\_\_ também tomou conhecimento das regras e do contrato estabelecido.

O Candidato a Internamento

\_\_\_\_\_

O Familiar

\_\_\_\_\_

### ANEXO III

Alta a pedido/rutura - unidade de desabilitação

**UNIDADE DE INTERNAMENTO**

**DECLARAÇÃO DE RUTURA DO CONTRATO DE INTERNAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, com o Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_,  
assumo a responsabilidade de tudo o que me possa acontecer após sair do Internamento  
contra o parecer do médico, incluindo risco de auto e hetero agressão ou de morte.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Próprio \_\_\_\_\_

O Familiar \_\_\_\_\_

ANEXO IV  
Escala de ansiedad de *STAI*



## QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO

### Self-evaluation questionnaire

Desenvolvido por Charles D. Spielberger em colaboração com R. L. Gorsuch, R. Lushene, P. R. Vogg e G. A. Jacobs

### STAI Forma Y1

Instruções de preenchimento: em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível como se sente agora.

1	Sinto-me calmo	1 2 3 4
2	Sinto-me seguro	1 2 3 4
3	Estou tenso	1 2 3 4
4	Estou arrependido	1 2 3 4
5	Sinto-me a vontade	1 2 3 4
6	Sinto-me perturbado	1 2 3 4
7	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1 2 3 4
8	Sinto-me descansado	1 2 3 4
9	Sinto-me ansioso	1 2 3 4
10	Sinto-me em casa	1 2 3 4
11	Sinto-me confiante	1 2 3 4
12	Sinto-me nervoso	1 2 3 4
13	Estou agitado	1 2 3 4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1 2 3 4
15	Estou descontraído	1 2 3 4
16	Sinto-me satisfeito	1 2 3 4

17	Estou preocupado	1 2 3 4
18	Sinto-me confuso	1 2 3 4
19	Sinto-me alegre	1 2 3 4
20	Sinto-me bem	1 2 3 4

Muito: 4

Moderadamente: 3

um pouco: 2

Nada: 1

Tradução Portuguesa: Américo Batista, 1986

Consulting Psychologists Press, 577 College Avenue, Palo Alto, Califórnia 94306

## ANEXO V

Declaração de formação

## DECLARAÇÃO

Declaro que a Sra. Enfª **Cláudia Patricia Pires de Almeida** apresentou uma sessão de formação subordinada ao tema “Ébola” nesta Unidade de Saúde no dia 10 de Fevereiro de 2015.

Lisboa, 22 de Abril de 2015

O Coordenador Técnico da UD Centro das Taipas



Dr. Miguel Vasconcelos

Dr. Miguel Vasconcelos  
Coordenador Técnico  
UD-Centro das Taipas

APÊNDICES

## APÊNDICE I

Diário de aprendizagem – Hospital de Dia



# ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

## 5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

### ***DIÁRIO DE APRENDIZAGEM***

Cláudia Patrícia Pires Almeida

Lisboa  
Novembro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE  
LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA  
DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

***DIÁRIO DE APRENDIZAGEM***

Cláudia Almeida Nº 5445

Lisboa  
Novembro, 2014



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

HD – Hospital Dia

Ao longo do primeiro campo de estágio tive oportunidade de me confrontar com diversas situações que me têm permitido continuar a desenvolver capacidades e competências fundamentais do cuidado como futura enfermeira especialista. Assim, e tendo em conta a primeira competência fundamental do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), pretende-se que este desenvolva a capacidade de autoconhecimento e de aceitação na sua individualidade, respeitando e aceitando o outro da mesma forma, bem como ser capaz de identificar emoções e sentimentos que possam de alguma forma interferir na relação terapêutica/relação de ajuda com o utente. Assim, “conhecer e entender-se a si próprio aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias” (Townsend, 2011, p.122).

Este diário de aprendizagem tem como objetivo realizar uma reflexão estruturada de uma experiência vivida na prestação de cuidados em contexto de estágio, utilizando como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs. De acordo com o método referido, a orientação do trabalho escrito será baseada na reflexão em seis momentos: descrição do episódio, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação.

Segundo Johns (2009), uma reflexão sobre uma situação ocorre sempre após o evento, com a intenção de aumentar conhecimentos de modo a influenciar a prática futura de forma positiva. Nesta linha de pensamento, pretendo realizar uma reflexão sobre a minha prática de cuidados, com o intuito de melhorar a minha prestação no futuro, promovendo um aumento da qualidade dos cuidados.

Desta forma, e apesar do distanciamento, apresento a minha reflexão sobre o impacto que o primeiro dia de estágio no Hospital de Dia (HD) de Psiquiatria teve em mim.

### **Descrição do episódio**

O início desta nova etapa surge como foco ansiogénico intenso. Apesar de exercer funções como enfermeira há cerca de 10 anos e de prestar cuidados a utentes que muitas vezes apresentam como antecedente pessoal história de

doença mental, efetivamente foi o meu primeiro contacto direto com a realidade da psiquiatria.

O dia começou bem cedo, fui recebida pela orientadora que se mostrou disponível para explicar as normas e funcionamento do serviço bem como os seus recursos materiais e humanos. Posteriormente, e de forma gradual, fui apresentada a toda a equipa do HD.

Pouco a pouco foram começando a chegar os primeiros utentes que me olharam com alguma desconfiança. Alguns mais curiosos perguntaram mesmo quem era e o que estava ali a fazer.

Era a hora da medicação. Todos os dias entre as 9 e as 10 horas todos os utentes internados deveriam dirigir-se ao gabinete de enfermagem para procederem à toma assistida da medicação e de seguida dar início às atividades. Durante aquela hora o sentimento de insegurança era uma constante, bem como os olhares e a estranheza dos utentes. Passada esta etapa deu-se início à primeira atividade do dia – Reunião Comunitária (realizada todas as segundas-feiras) que consiste numa reunião em que participam todos os utentes internados (grupo I e grupo II) juntamente com todos os técnicos da equipa. O objetivo desta intervenção era a partilha de situações vivenciadas durante o fim-de-semana e apresentação de algumas sugestões por parte da equipa e dos utentes com vista à melhoria da eficácia das intervenções planeadas para a semana. Sinto-me, mais uma vez, olhada por todos os elementos do grupo. A orientadora refere que *“a partir de hoje e durante algumas semanas vamos ter a presença da Enfermeira Cláudia, a quem pedimos que se apresente”*. Fiz uma breve apresentação, disse o meu nome e qual o motivo da minha presença. Curiosamente, e sem estar à espera, fui apresentada com uma frase de boas vindas de alguns utentes: *“é um prazer... seja bem-vinda”*. Um a um, cada utente foi referindo as experiencias vivenciadas durante o fim-de-semana e ao mesmo tempo refletindo sobre as mudanças que notavam comparativamente com o início do internamento. Percebi que quase todos os utentes gostavam de partilhar as experiencias vivenciadas, os objetivos a que se propuseram e quais os que já conseguiram alcançar. No entanto, uma utente em particular manifestou que esta atividade era *“uma perda de tempo... os meus fins-de-*

*semana são sempre iguais...para a semana não venho*". Apesar de ter sido explicada a importância da partilha, a utente em questão não mudou a sua opinião e abandonou a atividade causando alguma instabilidade no grupo. A reunião termina com um apelo por parte dos técnicos de referência para uma reflexão sobre as mudanças positivas e sobre os sentimentos que surgem quando se pensa no que mudou.

No final da atividade já era hora de almoço. Foram distribuídas as senhas aos utentes (que almoçam dentro da instituição) e fez-se uma pausa.

Por volta das 14 horas deu-se início à primeira atividade da tarde (apenas com o grupo I) – psicoeducação sobre adesão ao regime terapêutico. Esta temática é de extrema importância no processo de tratamento. Repete-se semanalmente e tem por objetivo evitar recaídas e novas crises, evitar a degradação progressiva e a perda de capacidades, promover o contacto social e estabilizar o estado clínico. Percebi que apesar de esta atividade ser repetida semanalmente, alguns utentes parecem estar a ouvi-la pela primeira vez, daí a importância da de haver sempre um reforço da temática. Foram esclarecidas dúvidas relativamente à medicação e efeitos secundários, posteriormente em conjunto foram encontradas estratégias para minimizar o esquecimento da toma da mesma. Aparentemente todos os utentes percebem e cumprem o que foi discutido durante a sessão.

Após uma pequena pausa, de regresso à sala de dinâmicas começa a última atividade do dia, um jogo cujo objetivo era captar a atenção, estimular a concentração dos utentes, a comunicação não-verbal e proporcionar um ambiente mais descontraído. O grupo foi dividido em duas equipas (onde me inseri por escolha de um utente), sendo que o objetivo era adivinhar, apenas através de mímica, provérbios populares. Foi uma atividade descontraída e bastante divertida, sendo que neste momento os olhares desconfiados já não eram tão evidentes. Finalizou-se a atividade reforçando a ideia da importância da comunicação não-verbal no quotidiano de todos os participantes. Cada elemento partilhou um momento em que sentiu que o não-verbal se sobrepôs ao verbal.

Eram já quase 16 horas e nem dei pelo tempo passar. São horas de programar as atividades para o dia seguinte. Finalmente com a orientadora refleti sobre o primeiro dia de estágio. Faz parte do autoconhecimento dos enfermeiros, debaterem de forma informal as situações vividas. Escuto-a e dou a minha opinião sobre o experienciado e sinto-me grata pelo facto dos utentes terem, de alguma forma, permitido que eu vivesse com eles aqueles momentos. Depois deste momento informal, despeço-me e dou por concluído o meu primeiro dia de estágio no HD.

### **Pensamento e sentimentos**

Recordo o dia antes do início do estágio, estava ansiosa como se fosse o primeiro dia de escola secundária. Mal consegui dormir, sentia-me nauseada e com a incerteza de conseguir dar resposta a este novo desafio. O que mais me assustava era não conseguir cuidar do utente com patologia psiquiátrica. Tinha medo de não saber o que dizer. De acordo com Chalifour (2008, p.100), a ansiedade é um sentimento que antecede o medo, de origem indeterminada sendo difícil de atuar diretamente sobre a sua causa, “o sentimento experimentado é mal-estar geral, desconforto e ameaça difusa”.

A disponibilidade e simpatia de toda a equipa foi notória e fundamental para a minha integração no campo de estágio

Quando cheguei ao HD senti-me perdida, sem saber para onde me virar. O olhar assustado e desconfiado dos utentes aumentava ainda mais o meu sentimento de ansiedade e a minha insegurança crescia a cada momento. Quando se iniciou a primeira atividade senti o coração a bater mais rápido e vontade de sair, tinha a boca seca. Senti-me completamente despida numa sala cheia de gente que de certa forma me olhava como se não pertencesse àquele lugar. Um olhar penetrante que parecia ler os meus pensamentos. No que diz respeito ao olhar Chalifour (2008, p.144), refere que este “permite manifestar vários sentimentos e enriquecer a qualidade das trocas. Entre outros, apoia a expressão verbal de uma vasta gama de emoções (...) os olhos são o espelho da alma”.

De seguida pensei que tinha de me acalmar, que estava ali por opção e que tinha muito para aprender. De repente, fui convidada a apresentar-me e quase

me esquecia do meu nome. Fiz uma breve apresentação e falei do meu objetivo no campo de estágio. Fiquei mais calma quando alguns utentes me deram as boas vindas e percebi que estava no bom caminho para a integração no grupo. Respirei fundo e atentamente comecei a ouvir a partilha das experiências dos utentes durante o fim-de-semana. Percebi então que também teria que descrever o meu fim-de-semana que, por sinal, não foi nada de especial, nem tempo tive de dar atenção ao que mais importante tenho na vida. Passei o fim-de-semana a trabalhar. Entretanto, e tendo em conta o historial dos utentes internados, fiquei completamente admirada com a evolução que cada um partilhou, o progresso era evidente.

Durante a pausa do almoço aproveitei para, de uma forma informal, tentar aproximar-me do grupo e falei-lhes um pouco das minhas origens e do meu trabalho. Senti da parte deles algum feedback positivo apesar de achar que continuavam bastante desconfiados. Um deles chegou mesmo a perguntar quanto tempo eu ia ficar e se iria estar presente todos os dias. Nesta altura achei importante referir que era uma área pela qual me interessava bastante e que iria tentar disponibilizar o máximo de tempo possível.

A última atividade do dia, talvez por ser a mais descontraída, e por eu não ter sido a última selecionada para fazer parte de uma das equipas, fez com que me comesse a fazer sentir aceite pelo grupo. Inicialmente a minha equipa estava a perder o jogo mas quase na reta final conseguimos dar a volta e acabamos mesmo por ganhar. O entusiasmo foi de tal ordem, mesmo por parte da equipa adversária, que parecia que não nos tínhamos conhecido apenas naquele dia. Sou uma pessoa muito expressiva e facilmente comunico de forma não-verbal. Lazure (1994), faz referência à importância da linguagem não-verbal, cuja riqueza pode mesmo ser maior do que a da linguagem verbal. As expressões não-verbais são muitas vezes reveladoras de vivências que o indivíduo não consegue manifestar através de palavras faladas.

A entreajuda, para que o grupo não perdesse o desafio, foi uma constante e pouco a pouco fui-me integrando. Foi um jogo descontraído, que contrastou com a tensão sentida na atividade da manhã. No final senti-me menos ansiosa e até satisfeita com a atitude dos utentes e com a minha descontração final.

## **Avaliação**

Depois de reler o que escrevi sobre os pensamentos e sentimentos vivenciados durante o primeiro dia de estágio, considero que, apesar da angústia e insegurança inicial, o balanço do dia foi bastante positivo e gratificante. Penso que o facto de ter participado ativamente em todas as atividades e me ter, de certa forma, exposto ajudou o grupo no processo de aceitação.

No início, o facto de estar tão ansiosa pode ter potenciado eventuais sentimentos de insegurança/desconfiança por parte dos utentes. Como refere Townsend (2011), quando o sentimento de confiança não é concretizado o desenvolvimento da relação terapêutica torna-se mais difícil.

No dia-a-dia da minha prática clínica e quando chego a casa e penso sobre o meu dia, aquilo que fiz bem e o que poderia melhorar, na minha cabeça lanço sempre várias hipóteses que por vezes considero retóricas: “Será que devia ter dito alguma coisa?”, “O que é que eu poderia ter dito ou feito para melhorar a situação?”, “Da próxima vez, ficarei na mesma sem saber o que dizer ou fazer?”. No fundo, acho que às vezes me sinto perdida, principalmente se, tal como nestas situações, não tiver ainda encontrado estratégias pessoais para conseguir lidar com as situações sem também eu própria sofrer com elas. Por vezes considero que a tão pouco tempo de concluir este complemento da minha formação esta é uma falha grave na minha atuação; outras, no entanto, considero que a aprendizagem é um processo que se faz ao longo da vida e que o facto de conseguir nomear aquilo que me perturba e que tenho dificuldade em fazer é um bom passo para conseguir evoluir positivamente não só enquanto futura EESMP mas também enquanto pessoa.

Tal como refere Sequeira (2000), “a vida é mudança e o objetivo não pode ser sentirmo-nos sempre bem ou confortáveis. É conveniente criar condições para o equilíbrio interno e estar preparado para o desconforto e sofrimento (...) o desconforto é uma oportunidade de melhoria”.

## **Análise, conclusão e planeamento da ação**

Ao rever e refletir sobre os sentimentos e emoções que vivi ao longo do dia, considero que foi uma experiência intensa. A ansiedade de algum modo, senti-a como negativa, uma vez que acabei por estar demasiado preocupada com o que pensariam de mim. Considero ainda que como estava tão nervosa não dei muito espaço para o grupo me conhecer melhor. Estava demasiado centrada em mim e no meu desconforto, e talvez pouco aberta ao grupo e à sua descoberta. Desta forma, e se pensar numa das características da comunicação que é a reciprocidade, o que obtive foi recíproco à mensagem que enviei. Considero que ao longo do dia a minha atitude também foi mudando e que isso foi percebido pelos utentes de forma positiva.

Desta forma, pretendo levar o conhecimento proveniente das vivências deste primeiro dia, para conseguir estabelecer uma relação de ajuda com os utentes. Como futura EESMP, a forma como estou disponível para aceder ao outro e permitir que este chegue até mim, faz toda a diferença e forçosamente, pode facilitar ou dificultar o início da relação terapêutica. No que respeita à relação de ajuda considero que é um processo relacional complexo e particular que se estabelece entre pelo menos duas pessoas, em que uma tem um problema ou inquietação e a outra possui competências para a ajudar. A relação estabelecida durante a prestação de cuidados ao utente deve transmitir-lhe segurança e confiança, além de desempenhar uma importante função terapêutica (Phaneuf, 2005). Desta forma, considero que a relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, deve assumir um papel fundamental no cuidar em enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades concretas de cada pessoa independentemente do seu problema ou do contexto em que se desenrola a situação. Desta forma, pretendo, nas intervenções futuras, ter um desempenho melhor que me permita chegar ao utente e desta forma estabelecer uma relação terapêutica eficaz e uma relação de ajuda oportuna e de qualidade.



## BIBLIOGRAFIA

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidata.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro*. Lisboa: Lusodidata.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Sequeira, J. (2000). *Desenvolvimento Pessoal*. (3ª edição), Lisboa: Monitor

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição), Loures: Lusociência.

## APÊNDICE II

Diário de aprendizagem – Unidade de desabitação



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE  
LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA  
DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

***DIÁRIO DE APRENDIZAGEM***

Cláudia Patrícia Pires Almeida

Lisboa

Dezembro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE  
LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA  
DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

***DIÁRIO DE APRENDIZAGEM***

Cláudia Almeida Nº 5445

Lisboa  
Dezembro, 2014

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

p. - Página

Ao longo das primeiras semanas deste estágio tenho tido oportunidade de me confrontar com diversas situações que me têm permitido continuar a desenvolver capacidades e competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP). Neste diário de aprendizagem optei por refletir acerca de uma situação que, não me tendo deixado particularmente perturbada, me fez refletir. O tema subjacente à mesma é algo com que tenho lidado com alguma dificuldade, nomeadamente, na minha vida pessoal. Sinto, portanto, que todos os momentos que tenha para explorar o tema são proveitosos para mim e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Este diário de aprendizagem tem como objetivo realizar uma reflexão estruturada de uma experiência vivida na prestação de cuidados em contexto de estágio, utilizando como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs. De acordo com o método referido, a orientação do trabalho escrito será baseada na reflexão em seis momentos: descrição do episódio, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano

Desta forma, apresento a minha reflexão sobre uma temática com a qual também tenho de lidar diariamente no meu local de trabalho – a funcionalidade/disfuncionalidade das famílias em que um ou mais elementos integram o programa de metadona e são, simultaneamente, consumidores de substâncias

### **Descrição do episódio**

Passo a relatar a história de uma utente internada na unidade de desabitação que se encontra em programa de metadona, que recentemente apresenta consumos abusivos de álcool e aparentemente tem um modelo de parentalidade ineficaz. A utente tem 3 netos com os quais ficou após os pais terem falecido num acidente rodoviário. Criou os netos com alguma dificuldade, mas refere que a situação piorou depois de o marido ter falecido o ano passado. A neta mais velha é, de momento, a pessoa responsável pelos outros dois irmãos e o elemento com a vida mais organizada e estável na família. A utente tem como

antecedentes pessoais história de toxicodependência e atualmente encontra-se em programa de metadona que cumpre.

Após a morte do marido refere não ter conseguido aguentar tanta pressão e responsabilidade e por isso procurou refugiar-se nos consumos de álcool.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, p.66, 2011) refere que parentalidade é o ato de tomar conta, assumindo as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, e compreende “comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças e interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

Numa conversa informal com a utente, esta revelou não apresentar condições nem capacidade para dar resposta às necessidades dos seus netos, sendo que a neta mais velha assumiu a responsabilidade de ser a encarregada de educação dos dois irmãos mais novos e a pessoa que providencia todos os bens de que estes necessitam.

Os sentimentos revelados pela utente vão de encontro ao que Mayes & Truman (2002) consideram quando referem que, o consumo de substâncias alberga um número variado de fatores que independentemente ou interactivamente, contribuem para a alteração das práticas educativas parentais. Assim, as pessoas dependentes de substâncias apresentam-se mais ansiosas, hostis, vulneráveis ao stresse e às características depressivas, apresentando menor noção das suas habilidades sentindo-se muitas vezes desesperadas e incapazes.

## **Pensamento e sentimentos**

Senti necessidade de analisar e refletir sobre este tema e desta forma espero conseguir compreender melhor os papéis parentais de utentes com história de consumo excessivo, bem como as melhores abordagens do enfermeiro perante situações semelhantes.

Esta história impressionou-me de diversas formas. Por um lado, tentei colocar-me na posição dos netos mais novos desta senhora e imaginei que os modelos parentais que têm em casa são completamente desorganizadores e desadequados. Por outro lado, pensei na importância que uma família funcional tem em todos os eixos de desenvolvimento de cada indivíduo. Questiono-me: será que não seriam melhor opção uma família de acolhimento com a estrutura adequada para ao seu desenvolvimento? No entanto, Deconchy (1969), mudou um pouco a minha perspetiva e fez-me refletir de outra forma sobre o que se considera ser funcional e disfuncional. O autor descreve a família como o meio natural da criança, acrescentando que seja ela boa ou má, educativa ou não, é um grupo humano no qual a criança deve estar inserida.

Penso também, ser de extrema importância intervir no sentido de promover uma parentalidade saudável, pois, segundo Caetano (2005), o abuso de álcool entre os indivíduos em programa de substituição de opiáceos pode ser um problema sério para a estabilidade e adesão ao tratamento e perspetivas de saúde individuais e familiares. Do mesmo modo, Muchata & Martins (2010) consideram que, geralmente, o próprio compromisso com a parentalidade, quando associado ao consumo crónico pode conduzir à dificuldade em manter funções parentais organizadoras, protetoras e satisfatórias.

Cada vez que pensava naquelas crianças, senti-me dominada por um sentimento de tristeza e ao mesmo tempo de impotência. A estrutura familiar destas crianças está desorganizada e os modelos/referências não são, de todo, os mais adequados. Desta forma, o alcoolismo dos familiares de referência pode funcionar como fator de risco proporcionando um ambiente familiar instável e caótico; e por outro lado pode funcionar como modelo identificatório num futuro próximo, ou seja, funcionar como incentivo ao consumo de substâncias. (Hans, 1999, citado por Almeida, Cardoso & Silva *et al*, 2010)

## **Avaliação**

Quando tive conhecimento da história desta utente fiquei um pouco dividida entre o silêncio e a vontade de questioná-la mais sobre os netos, sobre a sua relação com eles e sobre os seus comportamentos. Acabei por manter o



silêncio por, julgo eu, ter algum receio de parecer ser detentora da solução de todos os seus prolemas. Julgo que das próximas vezes em que me deparar com uma situação semelhante devo evitar pensamentos do género: o que será dos netos desta senhora? Sem conhecer efetivamente toda a história envolvente. De qualquer da forma, penso ser importante que exista uma resposta estruturada que preconize uma abordagem integrada e específica à realidade diagnosticada neste tipo de situações.

### **Análise Conclusão e planeamento da ação**

Na minha opinião, trabalhar com este tipo de utentes com histórias de vida tão dramáticas é um desafio constante, que exige muita preparação a todos os níveis. Comunicar com estes utentes não é uma tarefa fácil e ouvir as suas histórias de vida tão complexas envolve uma capacidade de extrema complexidade de escuta e compreensão.

A utilização de intervenções tais como comunicação, a participação ativa, mostrar tranquilidade, e discutir os resultados possíveis, não podem alterar o curso da doença, mas podem ser eficazes no sentido da promoção do sentimento positivo e minimização de sentimentos de desesperança (O'Malley & Menke, 1988 citados por Herth, 2005).

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C.; Cardoso, C.; Silva, F.; *et al* (2010). *Linhas de orientação para acompanhamento de filhos de pessoas consumidoras de substâncias psicoactivas*. Ministério da Saúde. Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Caetano, P. (2005). *O consumo de álcool no toxicodependente em recuperação inserido em programa de substituição opiácea com metadona: implicações pessoais*. Universidade Nova. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Deconchy, J. P. (1969). *Desenvolvimento Psicológico da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Editorial Pórtico
- Herth, Kaye (2005). *State of the science of hope in nursing practice: hope, the nurse, and the patient*. Chapter 8. Editor: J. Elliott, pp. 169-211.
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Versão 2.0*. Geneva.
- Mayes, L. & Truman, S. (2002). Substance abuse and parenting. In M. H. Bornstein (Ed). *Handbook of parenting: Vol. 4 Social conditions and applied parenting (2nd ed.)* (329-351). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Muchata, T. & Martins, C. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos – uma revisão bibliográfica. *Revista Toxicodependências*. Vol. (16) (1).47-56

### APÊNDICE III

Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Ansiedade

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Ansiedade

**Data:** 22 de outubro de 2014

**Local:** Sala de atividades do grupo I do Hospital dia.

**Duração:** 60 min

**Método:** Expositivo, interrogativo  
canetas.

**Material:** Computador, pedaços de cartolina e

**Formadores:** Enfermeira Claudia Almeida e Enfermeira Sílvia Lourenço.

**População alvo:** Utentes do grupo I do Hospital de dia.

**Objetivo:** Identificar a ansiedade como algo positivo e negativo, Conhecer estratégias para prevenir e para lidar com a ansiedade, Ensinar alguns exercícios que podem ser utilizados para lidar com a ansiedade.

Fases	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Recursos necessários
<b>Apresentação da sessão e seus objetivos</b>	<b>10min</b>	Apresentação da atividade/dinâmica. Serão explicados os conteúdos e objetivos da sessão.	Clarificar o conceito, dar a conhecer os objetivos e metodologia da formação.	Computador.
<b>Desenvolvimento</b>	<b>20 min</b>	Quebra-gelo: é pedido aos participantes que escrevam num pedaço de cartolina o que é para eles ansiedade ou que descrevam uma situação onde se tenham sentido ansiosos. Definição de ansiedade. Sinais e sintomas de ansiedade. Estratégias para prevenir situações de ansiedade.	Promover a interação entre o grupo.  Abordar o conceito - Ansiedade - e salientar as suas consequências;  Sensibilizar os utentes para a importância de reconhecer sintomatologia de ansiedade  Definir estratégias para melhor gestão da ansiedade;	Computador, canetas e pedaços de cartolina.
<b>Intervalo</b>	<b>20 min</b>			
<b>Dinâmica/Partilha de emoções</b>	<b>30 min</b>	É pedido aos participantes do grupo que, um de cada vez, leiam em voz alta o que escreveram no início da atividade.	Promover a partilha de emoções e em conjunto encontrar estratégias para cada caso específico. Promover a coesão do grupo.	Pedaços de cartolina

#### APÊNDICE IV

Apresentação power point da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Ansiedade

# ANSIEDADE



## O QUE É A ANSIEDADE?

- “Um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho”.

Castillo et al (2000, p.80)



## O QUE É A ANSIEDADE?

- “Emoção com as características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”.

CSPE (2008, p.85)



## SINTOMAS FÍSICOS DA ANSIEDADE

- Coração acelerado (taquicardia/palpitações);
- Mãos suadas;
- Tremores;
- Tonturas;



Carpesito-Moyet (2009)



## SINTOMAS FÍSICOS DA ANSIEDADE

- Dificuldade em dormir;
- Sensação de cansaço;
- Tensão arterial alta (hipertensão arterial);
- Dores no corpo;
- Diarreia.



Carpesito-Moyet (2009)



## SINTOMAS EMOCIONAIS DA ANSIEDADE

- Incapacidade para relaxar;
- Desamparo;
- Falta de autoconfiança;
- Perda de controle.



Carpesito-Moyet (2009)



## SINTOMAS EMOCIONAIS DA ANSIEDADE

- Irritabilidade;
- Raiva;
- Choro;
- Tendência para culpar os outros;
- Falta de iniciativa.

Carpenito-Moyet (2009)



## SINTOMAS COGNITIVOS DA ANSIEDADE

- Incapacidade de se concentrar/ falta de atenção ;
- Esquecimento (bloqueio do pensamento);
- Confusão;
- Preocupação.

Carpenito-Moyet (2009)



## O QUE FAZER PARA COMBATER A ANSIEDADE

- **Partilhe os seus sentimentos:** Embora possa parecer difícil, conversar com amigos, familiares ou técnicos de referência pode ajudar a lidar com os problemas (há muita gente que sofre situações idênticas a nós).
- **Reconhecer sintomatologia de ansiedade:** se conseguir reconhecer que está ansioso mais facilmente consegue arranjar estratégia para controlar a situação.
- **Fazer relaxamento:** exercícios de relaxamento podem ajudar a acalmar os sentimentos de ansiedade.





## O QUE FAZER PARA COMBATER A ANSIEDADE

- **Prática de exercício físico:** mesmo pouca atividade física pode desencadear a produção de substâncias químicas ao nível cerebral que melhoram os seus níveis de humor e bem estar. Aumenta a autoestima e autoconfiança.
- **Alimentação saudável:** Comer fruta e vegetais e evitar o açúcar em excesso. O consumo de café e bebidas alcoólicas aumentam os níveis de ansiedade.
- **Cumprir a medicação.**



## BIBLIOGRAFIA

- Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. (11ª edição), Porto Alegre: Artemed.
- Castillo, Ana R. GL., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22 (2), 20-23. Acedido a 04-10-2014, Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-444620000006000006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-444620000006000006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444620000006000006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-444620000006000006)
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2005). Versão 1.0. Geneva



## APÊNDICE V

Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Alimentação Saudável

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Alimentação Saudável

**Data:** 28 de outubro de 2014

**Local:** Sala de atividades do grupo I do Hospital dia.

**Duração:** 60 min

**Método:** Expositivo, interrogativo

**Material:** Computador, pedaços de cartolina (imagens de

alimentos) e cola

**Formadores:** Enfermeira Claudia Almeida e Enfermeira Sílvia Lourenço.

**População alvo:** Utentes do grupo I do Hospital de dia.

**Objetivo:** Sensibilizar os utentes para a importância da Alimentação Saudável para o seu bem-estar mental.

Fases	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Recursos necessários
<b>Apresentação da sessão e seus objetivos</b>	<b>10min</b>	Apresentação da atividade/dinâmica. Serão explicados os conteúdos e objetivos da sessão.	Clarificar o conceito, dar a conhecer os objetivos e metodologia da formação.	Computador.
<b>Desenvolvimento</b>	<b>20 min</b>	Quebra-gelo: é pedido aos participantes que escolham de entre as imagens fornecidas, os alimentos que estão presentes em maior percentagem na sua alimentação diária e que guardem para a segunda parte da dinâmica. Definição de alimentação saudável. Doenças relacionadas com maus hábitos de alimentação. A roda dos alimentos; Conselhos para manter uma alimentação saudável.	Promover a interação entre o grupo.  Abordar o conceito – Alimentação saudável - e salientar os seus benefícios;  Sensibilizar os utentes para a importância de manter uma alimentação saudável;	Computador, pedaços de cartolina e cola.
<b>Intervalo</b>	<b>20 min</b>			
<b>Dinâmica/Partilha de emoções</b>	<b>30 min</b>	O grupo vai construir uma roda dos alimentos e partilhar os seus hábitos alimentares diários. Juntos vão perceber o que podem e devem mudar na sua alimentação.	Promover a partilha e coesão do grupo.	Pedaços de cartolina e cola

Apêndice VI

Apresentação *power point* da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Alimentação Saudável

# ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Enfermeira: Cláudia Almeida

Hospital Dia Júlio de Matos, Novembro de 2014

## ALIMENTAÇÃO



Processo pelo qual os organismos vivos obtêm e assimilam os alimentos, para manter as suas funções vitais.

## Doenças relacionadas com o comportamento alimentar

### ► Excesso



Obesidade

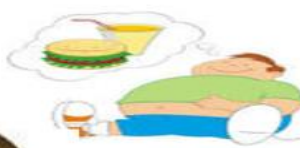
Doenças cardiovasculares  
Diabetes

### ► Défice



Raquitismo  
Anorexia  
Bulimia

## Imagens de excesso



## Imagens de défice



## A RODA DOS ALIMENTOS



- ▶ A roda dos alimentos é uma representação gráfica que nos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da sua alimentação diária.
- ▶ É um símbolo em forma de círculo que se divide em segmentos de diferentes tamanhos que se designam por grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes.

## Como é constituída?

- ▶ A roda dos alimentos é constituída por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária.

- ▶ Cereais e derivados: 28%
- ▶ Hortícolas: 23%
- ▶ Fruta: 20%
- ▶ Lacticínios: 18%
- ▶ Carne, peixe e ovos: 5%
- ▶ Leguminosas: 4%
- ▶ Gordura e óleos: 2%



A água não possui um grupo próprio mas está presente em todos os grupos uma vez que faz parte da constituição de quase todos os alimentos.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- ▶ **Completa** - Diariamente devemos comer alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos e beber água;
- ▶ **Equilibrada** - Ingerir mais alimentos dos grupos maiores da roda dos alimentos e menos daqueles com menor dimensão de forma a garantir o equilíbrio alimentar e comer as porções recomendadas;
- ▶ **Variada** - Tentar variar o máximo possível a alimentação, dentro de cada grupo, diariamente, mensalmente e de acordo com a estação do ano.



## Grupo dos cereais e derivado e tubérculos - 28%

- ▶ São responsáveis pelo fornecimento de energia ao nosso organismo e por isso devem ser consumidos em maior quantidade.
- ▶ Neste grupo incluem-se cereais (milho, arroz, trigo, centeio, cevada...) e os seu derivados (pão, tostas, flocos e massas) e tubérculos (batata, batata-doce, tapioca...).





### Grupo das Hortícolas - 23%

Neste grupo inclui-se a couve, os brócolos, a cenoura, a cebola, o alho, a alface, abóbora, tomate. Grupo rico em vitaminas, sais minerais, fibra e água.



### Grupo das Frutas - 20%

Inclui a maçã, o melão, a laranja, os kiwis, os morangos, as ameixas, os figos... são alimentos com grandes quantidades de vitaminas, minerais, água e açúcar em pequena quantidade.



### Grupo dos lacticínios - 18%

- Inclui leite e produtos lácteos (iogurte, queijo e requeijão). São importantes fontes de cálcio.



### Grupo de carne, pescado e ovo - 5%

- Inclui a carne, o pescado (peixe, moluscos, marisco) e ovos. Fonte de proteínas, vitaminas e minerais como o ferro.





## Grupo das leguminosas - 4%

- Inclui feijão (verde, vermelho, frade), grão, favas, ervilha, lentilhas... São alimentos ricos em proteína vegetal, hidratos de carbono, vitaminas, minerais e fibra.



## Grupo das gorduras e óleos - 2%

- Inclui o azeite, manteiga, a margarida, a banha, óleos de girassol e milho e corresponde ao grupo de alimentos que devemos consumir em menor quantidade.



## Conselhos para uma alimentação saudável



## Dieta colorida

Como garantir uma alimentação rica em diversos nutrientes???

- ▶ VEGETAIS VERDES ESCURO - FERRO.
- ▶ É IMPORTANTE CONSUMIR FRUTAS E VERDURAS DA ÉPOCA - ALÉM DE SEREM MAIS BARATAS SÃO MAIS NUTRITIVAS NA ÉPOCA.



## Conselhos para uma alimentação saudável

Distinguir os alimentos saudáveis (fruta e os legumes) dos alimentos não saudáveis (doces, salgados).

Entre as refeições principais, opte pela fruta, iogurte magro e bolachas simples, em vez de alimentos de alto teor de gordura.



## Conselhos para uma alimentação saudável

- ▶ Evitar o consumo de gorduras, óleos, doces e sal
- ▶ Beber água em vez de refrigerantes com açúcar
- ▶ Optar por peixe e carnes brancas (aves, coelho...) e evitar a comida rápida (fast-food)/alimentos gordurosos



## Conselhos para uma alimentação saudável



- ▶ Tomar sempre o pequeno-almoço - leite ou seus derivados, pão de mistura ou cereais integrais e fruta.
- ▶ Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer, opte pelas merendas entre as refeições e a ceia antes de se deitar.
- ▶ Substituir o sal, por ervas aromáticas e especiarias.
- ▶ Consumir bebidas alcoólicas com moderação.
- ▶ Optar por métodos de culinária, que incluam cozidos e grelhados.

## Conselhos para uma alimentação saudável



- ▶ Evitar a adição de açúcar ao leite, chá ou café, procure habituar-se ao sabor natural destas bebidas.
- ▶ O consumo de produtos ricos em açúcar só devem ser consumidos ocasionalmente e de preferência após uma refeição.
- ▶ Preferir o azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.

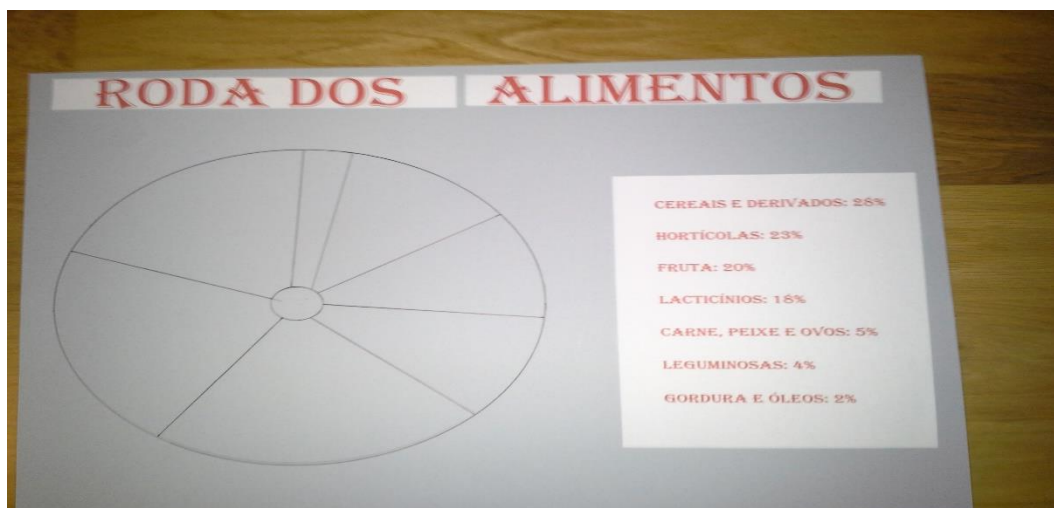
## Conselhos para uma alimentação saudável



- ▶ Não utilizar gorduras que foram sobreaquecidas ou óleos queimados.
- ▶ Inicie sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças/legumes; faça bastantes saladas.
- ▶ Chá sem adição de açúcar ou gelatinas - forma saudável e saborosa de consumir água.
- ▶ A fruta é a melhor opção para terminar uma refeição.



Resultado da construção da roda dos alimentos (elaborado pelos utentes)



## Apêndice VII

Planificação da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Adesão ao regime terapêutico

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Adesão ao Regime Terapêutico

**Data:** 04 de novembro de 2014

**Local:** Sala de atividades do grupo I do Hospital dia.

**Duração:** 60 min

**Método:** Expositivo, interrogativo

**Material:** Computador, Folhas, Canetas, gavetas de unidose

**Formadores:** Enfermeira Claudia Almeida e Enfermeira Sílvia Lourenço.

**População alvo:** Utentes do grupo I do Hospital de dia.

**Objetivo:** Sensibilizar os utentes para a importância da Adesão ao Regime Terapêutico para o seu bem-estar físico e mental.

Fases	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Recursos necessários
<b>Apresentação da sessão e seus objetivos</b>	<b>10min</b>	Apresentação da atividade/dinâmica. Serão explicados os conteúdos e objetivos da sessão.	Clarificar o conceito, dar a conhecer os objetivos e metodologia da formação.	Computador.
<b>Desenvolvimento</b>	<b>20 min</b>	Quebra-gelo: Cada elemento do grupo anota numa folha branca os nomes dos seus medicamentos e as dúvidas que têm sobre cada um.  Definição de adesão ao regime terapêutico. Vantagens da adesão ao regime terapêutico; Como evitar recaídas e quais os seus sinais e sintomas; Efeitos secundários dos psicofármacos; Estratégias para cumprir o esquema terapêutico	Promover a concentração e estimular a memória de cada elemento do grupo.  Abordar o conceito – Adesão ao regime terapêutico e quais os seus benefícios.  Sensibilizar os utentes para a importância de cumprir a medicação;	Computador, Folhas de papel e canetas.
<b>Intervalo</b>	<b>20 min</b>			
<b>Dinâmica/Partilha de emoções</b>	<b>30 min</b>	Cada elemento do grupo prepara a sua medicação para toda a semana e partilha as suas dúvidas.	Promover a autonomia de cada elemento do grupo e esclarecer dúvidas.	Gavetas da unidose semanal

## Apêndice VIII

Apresentação *power point* da sessão de âmbito psicoterapêutico:

Adesão ao regime terapêutico



# ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

ENFERMEIRA CLÁUDIA ALMEIDA



HOSPITAL DIA JÚLIO DE MATOS, 2014

## VANTAGENS DA ADESÃO

Evitar recaídas  
E novas crises

Evitar degradação  
progressiva e perda  
das capacidades

Promover o contacto  
social /emprego e  
realização das  
atividades diárias

Estabilização do  
estado clínico, humor,  
sono e apetite



## COMO EVITAR RECAÍDAS?

- DEVE IR SEMPRE ÀS CONSULTAS DE PSIQUIATRIA PERIODICAMENTE PARA A VIGILÂNCIA DA SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA E SE NECESSÁRIO FAZER REAJUSTE DA MEDICAÇÃO.
- CUMPRIR SEMPRE A MEDICAÇÃO PRESCRITA, NO HORÁRIO PRESCRITO.
- SEMPRE QUE NECESSÁRIO PEDIR AJUDA.
- SABER RECONHECER PRECOCEMENTE SINAIS DE RECAÍDA.





## SINAIS E SINTOMAS DE RECAÍDA

- ALTERAÇÕES NO SONO;
- ALTERAÇÕES NOS HÁBITOS DE HIGIENE;
- ISOLAMENTO SOCIAL E FAMILIAR;



- HIPERATIVIDADE E/OU INATIVIDADE;
- IDEIAS ESTRANHAS/IRREALISTAS;
- ABANDONO DAS ATIVIDADES DE INTERESSE.



## PSICOFÁRMACOS

- ANTIDEPRESSIVOS (FLUOKETINA, VENLAFAXINA, ANAFRANIL)
- ANTIPSICÓTICOS/NEUROLÉPTICOS (HALDOL, NOZINAN, TERCIAN, ZYPREX, RISPERDAL)
- ESTABILIZADORES DE HUMOR (LÍTIO, DIPLEXIL, LORAZEPAM, TOPIRAMATO)
- INDUTORES DO SONO (MORFEX, ZOLPIDEM)
- ANSIOLÍTICOS (BENZODIAZEPINAS - DIAZEPAM, ALPRAZOLAM)
- ANTIEPILÉPTICOS (CARABMAZEPINA, HIDANTINA )



## OS COMPRIMIDOS PODEM SER:

- COMPRIMIDOS/CÁPSULAS
- COMPRIMIDOS ORO DEPRESSÍVEIS
- SOLUÇÃO ORAL/GOTAS
- INJETÁVEL (INTRAMUSCULAR, ENDOVENOSO)



## **CONTRA INDICADO INGERIR ÁLCOOL SIMULTANEAMENTE COM MEDICAÇÃO**



## **FATORES DE MÁ ADESÃO À TERAPÊUTICA**

- **NÃO ACEITAÇÃO DA DOENÇA;**
- **EXISTÊNCIA DE EFEITOS SECUNDÁRIOS;**
- **PRESCRIÇÃO COMPLEXA OU CONFUSA DOS MEDICAMENTOS (HORÁRIOS OU QUANTIDADES);**
- **O FACTO DE TER QUE TOMAR MEDICAÇÃO DURANTE MUITO TEMPO;**
- **AUSÊNCIA DE ALGUÉM/SUPOORTE PSICOSSOCIAL QUE ASSEGURE A TOMA DE MEDICAÇÃO.**



## **FATORES SECUNDÁRIOS:**

- **AUMENTO E DIMINUIÇÃO DE APETITE**
- **SIALORREIA ("BABA")**
- **DISCURSO ARRASTADO**
- **OBSTIPAÇÃO**
- **SONOLÊNCIA**
- **CRISE NEURODISLÉPTICA (HIPEREXTENSÃO DA NUCA, EXTERIORIZAÇÃO DA LÍNGUA, OLHOS REVIRADOS PARA O TETO)**
- **DISCINÉSIA TARDIA (MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS NA FACE/ BOCA)**

## FATORES SECUNDÁRIOS:

- ACATISIA (INCAPACIDADE DE PERMANECER PARADO)
- HIPOTENSÃO
- TREMORES
- RETENÇÃO URINÁRIA
- DISFUNÇÃO SEXUAL
- AUMENTO DOS SINTOMAS NEGATIVOS (ISOLAMENTO)
- DIFICULDADE NA FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES AO LEVANTAR



## ESTRATÉGIA PARA ADERIR AO REGIME TERAPÊUTICO

- ACEITAR E ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE A DOENÇA E O SEU TRATAMENTO;
- PERCEBER PARA QUE SERVE A MEDICAÇÃO;
- DISCUTIR SEMPRE QUE NECESSÁRIO, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SOBRE AS VANTAGENS/DESVANTAGENS DA MEDICAÇÃO;
- IDENTIFICAR BENEFÍCIOS OBJETIVOS QUE PODEM SER CONSEGUIDOS COM O CUMPRIMENTO DA MEDICAÇÃO;
- ESTABELECEER UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .



## ESTRATÉGIA PARA ADERIR AO REGIME TERAPÊUTICO

**SEMPRE QUE NECESSÁRIO DEVE ESCLARECER DÚVIDAS QUE POSSAM SURGIR SOBRE A PRESCRIÇÃO.**



*Fim!*



**obrigado**

## APÊNDICE IX

Plano esquemático da sessão de relaxamento

## Plano da sessão de Relaxamento

**Nome da sessão:** Técnica adaptada do Relaxamento progressivo de Jacobson

**Duração:** 60 minutos

<b>Fase</b>	<b>Tempo</b>	<b>Descrição da fase</b>	<b>Justificação</b>	<b>Recursos necessário</b>
<b>Apresentação da sessão e dos seus objetivos</b>	10 min	Apresentação da atividade/dinâmica. Serão explicados os conteúdos e objetivos da sessão.	Clarificar conceitos, dar a conhecer os objetivos e metodologia da intervenção.	Computador e data show.
<b>Avaliação inicial dos participantes</b>		Os participantes deverão verbalizar um sentimento ou emoção que vivenciam naquele momento e serão avaliados os SV dos participantes.	Intervenções importantes para proceder a uma avaliação do estado de ansiedade e tensão dos participantes e no final da intervenção poder proceder a uma comparação.	Aparelhos de avaliação de SV.
<b>Aquecimento</b>	5 min	Exercício aeróbico – os participantes devem circular livremente pela sala ao som de uma música e tentar identificar as zonas do corpo com maior tensão muscular.	Visa a coesão de grupo, reduzindo a tensão prévia que poderá existir nos participantes e contribui para o processo de relaxamento.	Dispositivo de reprodução áudio.
<b>Dramatização</b>	25 min	Indução de um estado de calma através da palavra, incentivando a concentração na respiração e nas tensões do seu corpo. Exercícios: Contração e descontração dos vários grupos musculares.	Promover momentos de alívio de tensão e contribuir para a diminuição da ansiedade. Técnicas de relaxamento são utilizadas como terapia alternativa e com sucesso na redução da ansiedade.	Colchões; mantas; ambiente escurecido e o mais silencioso possível.
<b>Avaliação</b>	20 min	Durante a sessão: verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições 'lisas' sem rugas de expressão; No final: Expressão de sentimentos/emoções/experiência individuais durante a intervenção e reavaliação de SV.	Etapa importante para verificar a eficácia da intervenção.	Colchões dispostos em círculo e aparelhos de avaliação de SV.

## APÊNDICE X

Sessão de relaxamento: Adaptação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson



### **Descrição da técnica: Adaptada de Jacobson - Payne (2000)**

Inicialmente foi preparado o ambiente: Baixa luminosidade e música calma (de forma a criar um ambiente mais agradável, sereno para facilitar o relaxamento do grupo), assegurar a ausência de ruídos e interrupções (para permitir a concentração do grupo).

Será pedido aos participantes que se deitem confortavelmente, de barriga para cima, com os braços estendidos ao longo do corpo, com as pernas descruzadas e que fechem os olhos.

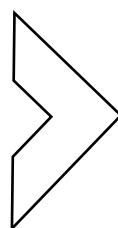
#### **ETAPAS DO EXERCÍCIO:**

Coloquem-se o mais confortável possível ... descansem as pernas ... podem manter os olhos abertos ou fechá-los se o desejarem...

**Dirijam a vossa atenção para a respiração...** respirem lentamente, deixando a ar entrar pelo nariz ... chegar aos pulmões ... e sair pela boca suavemente ... deixem que a respiração siga o seu ritmo natural: suave e lento ... tornando-o ainda mais suave e mais lento...

**Agora vão respirar lentamente**, fazendo uma

inspiração profunda (3'')  
uma pausa (2'')  
e uma expiração profunda (3'')



2 vezes

Retomem o ritmo de respiração natural: calmo, lento, descontraído.

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos da face**... levantem as sobrancelhas, franzindo a testa com força (10'') descontraíam e sintam o relaxamento a espalhar-se... agora vão fechar os olhos com força, vão franzir o nariz com força (10'') descontraíam e sintam o relaxamento espalhar-se... agora vão contrair os maxilares com força ... apertem os dentes com força (10'') descontraíam... descerrem os dentes... sintam a língua na boca, sintam a saliva... sintam o relaxamento espalhar-se pelos músculos da face.



### **Respiração**

Agora vão contrair os **músculos do pescoço**, empurrando o queixo para baixo com força (10'') sintam a tensão no pescoço... descontraíam e sintam o relaxamento espalhar-se... agora vão encolher os ombros com força (10'') ... descontraíam, deixem cair os ombros... sintam o relaxamento espalhar-se.

### **Respiração**

Agora vão contrair os **músculos das costas**... comprimam os músculos contra o chão com força (10''), relaxem... sintam o relaxamento espalhar-se...

### **Respiração**

Agora vão contrair os **músculos dos braços**...estiquem os braços... fechem as mãos em punho e contraíam as mãos com força... contraíam os braços com força... (10'') agora relaxem, deixem cair os braços... abram as mãos... afastem os dedos um a um... descontraíam... sintam as mãos... os braços relaxarem.

### **Respiração**

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos do abdómen**, vão contrair os músculos do abdómen, encolhendo a barriga com força (10'') relaxem... sintam o relaxamento espalhar-se...

### **Respiração**

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos das pernas**, vão contrair os músculos das pernas, empurrando os dedos do pé para cima com força (10'')... descontraíam ... sintam as pernas... os pés a tornarem-se descontraídos.

### **Respiração lenta (7'')**

### **Respiração profunda 2 vezes**

Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as tensões e problemas...Estão calmos... descontraídos...repousados...sintam essa calma... (7'')

Após todos estes exercícios, cabe ao terapeuta finalizar a sessão de relaxamento e permitir que o indivíduo volte gradualmente à atividade normal, desta forma, deverá,

de forma gradual, lentamente instruir os participantes a abrir os olhos e tomar consciência da sala:

Terapeuta – agora...lentamente...com calma...abra os olhos...vá tomando novamente consciência da sala onde se encontra. Diga a si próprio que quando despertar sentir-se-á revigorado e alerta. Feche e abra as mãos lentamente. Dobre e estique os braços algumas vezes... e de seguida repita o exercício com as pernas. Alongue, de forma suave, todo o teu corpo...vire-se de lado e finalmente e muito lentamente pode assumir a posição de sentado.

Para concluir, pedir para descreverem numa palavra como se sentem para prosseguirmos com a partilha.

## APÊNDICE XI

Resultados das avaliações das sessões de relaxamento

Resultados das avaliações das sessões de relaxamento realizadas em Hospital de  
Dia

**1ª Sessão:**

Na primeira sessão estiveram presentes apenas 3 utentes:

Utente	TA inicial (mm/Hg)	TA final (mm/Hg)	Pulso inicial (bat/min)	Pulso final (bat/min)	Sentimento inicial	Sentimento final
S.S.	142/85	131/72	107	101	Bem	Mais relaxado
A.S.	99/61	109/54	65	62	Tenso; pouco relaxado	Mais relaxado; bem
D. P.	128/68	122/64	97	96	Bem	Bem

**2ª Sessão:**

Na segunda sessão estiveram presentes apenas 4 utentes:

Utente	TA inicial (mm/Hg)	TA final (mm/Hg)	Pulso inicial (bat/min)	Pulso final (bat/min)	Sentimento inicial	Sentimento final
J. A.	139/84	125/71	77	70	Ansioso	Leve
L.S.	142/92	130/85	92	90	Stressado	Relaxado
A.S.	95/78	95/76	70	64	Bem	Descontraída
A.C.	100/65	101/64	97	91	Pouco relaxado	Repousado

**3ª Sessão:**

Na terceira sessão estiveram presentes apenas 6 utentes:

Utente	TA inicial (mm/Hg)	TA final (mm/Hg)	Pulso inicial (bat/min)	Pulso final (bat/min)	Sentimento inicial	Sentimento final
J. A.	140/81	140/77	89	80	Bem	Melhor
A.C.	102/70	100/71	96	91	Sonolento	Relaxado
D. P.	132/67	128/67	89	71	Ansioso	Relaxado
S.S.	143/89	141/74	101	98	Stressado	Calmo
L.S.	140/87	139/78	87	81	Bem	Muito bem
A.S.	100/76	110/69	100	89	Tensa	Tranquila

## APÊNDICE XII

Grelha de observação para a monitorização de sinais de relaxamento

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARA A MONITORIZAÇÃO DE SINAIS DE RELAXAMENTO

[illegible]

APÊNDICE XIII  
Estudo de caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

***ESTUDO DE CASO***  
***PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE***

Cláudia Patrícia Pires Almeida

Lisboa  
Outubro, 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

***ESTUDO DE CASO***  
***PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE***

Cláudia Almeida Nº 5445

Enfermeira Orientadora: Sílvia Lourenço

Lisboa  
Outubro, 2014

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE -- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cp - Comprimido

EESMP - Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria

HD – Hospital Dia

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

p. - Página

SV – Sinais Vitais

UC - Unidade Curricular

WHO - World Health Organization

# ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	5
1. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO: 14-10-2014 e 15/10/2014.....	7
1.1. Planeamento da entrevista.....	7
1.2. Apresentação de dados.....	8
1.2.1. Identificação .....	8
1.3. Motivo de internamento .....	9
1.4. História e dinâmica familiar .....	9
1.5. História e desenvolvimento pessoal .....	11
1.5.1. História perinatal .....	11
1.5.2. Sintomas psicopatológicos na infância/adolescência .....	11
1.5.3. Percurso escolar .....	11
1.5.4. História de saúde .....	12
1.6. Exame mental .....	14
1.7. Exame físico.....	14
2. IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE STRESS.....	16
3. PLANO DE CUIDADOS .....	17
4. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20

## NOTA INTRODUTÓRIA

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio, do 1º semestre, do 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorreu em contexto comunitário – Hospital Dia.

Para cuidar é impreterível desencadear uma relação que permita compreender a forma como o indivíduo e a sua família vivenciam os problemas, exprimem as suas necessidades, dão a conhecer os seus receios e as suas angústias. Só desta forma o enfermeiro consegue desenvolver uma relação de ajuda (Castro, 2002).

A relação de ajuda pode ser considerada um instrumento fundamental no processo dos cuidados de enfermagem uma vez que se reflete na interação entre duas pessoas, o cliente e o interveniente, sendo que cada uma desempenha um papel fundamental no processo de satisfação de uma necessidade de ajuda (Chalifour, 2008).

Desta forma, considero que estabelecer uma relação de ajuda com o utente ultrapassa a aplicação de técnicas e conhecimentos e fundamenta-se na interação que facilita o crescimento pessoal e a descoberta do outro. Para potenciar este conhecimento e esta descoberta recorri à realização de entrevistas e posterior elaboração de um plano de cuidados individualizado e adequado ao utente em questão.

A entrevista é “uma tomada de contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma convivência terapêutica” (Phaneuf, 2005, p.250). Desta forma, escutar o outro é dar a atenção exclusiva e ativa não só da linguagem verbal mas também da não-verbal com o intuito de compreender a mensagem e os sentimentos no contexto relacional enfermeiro/utente. Como refere Lazure (1994), escutar é constatar não só o que se ouve mas também aceitar e deixar-se impregnar pelo conjunto das suas perceções, tanto exteriores como interiores. Escutar é uma arte e um dos instrumentos básicos da enfermagem no estabelecimento da relação de ajuda.

A elaboração de um plano de cuidados individualizado permitirá o levantamento de diagnósticos e potenciais problemas do utente tendo sempre em conta o seu estado de saúde atual. Consequente, para cada diagnóstico deverá ser realizado o planeamento das intervenções mais apropriadas baseadas na prática e pesquisa atual da enfermagem em saúde mental e estabelecidas prioridades para a prestação de cuidados em enfermagem (Townsend, 2011).

Desta forma, a entrevista e a elaboração do plano de cuidados permitirão desenvolver competências ao nível do planeamento e implementação de cuidados de enfermagem especializados.

A realização deste trabalho pressupõe o alcance dos seguintes objetivos:

- Desenvolver a prática da entrevista em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Conhecer a história de um utente em todas as suas vertentes, de modo a conhecê-lo de forma holística, não como uma doença, mas sim como uma pessoa com doenças;
- Recolher informação que permita efetuar um plano de cuidados especializado;
- Compreender o problema, e/ou reconhecer as dificuldades do utente;
- Ajudar o utente a tomar consciência das dimensões do seu problema.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a observação, a consulta do processo clínico do utente, pesquisa bibliográfica, e entrevistas aos profissionais de saúde e ao próprio utente.

## 1. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO: 14-10-2014 e 15/10/2014

Phaneuf (2005, p.265) define entrevista de colheita de dados como:

uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objetivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados.

### 1.1. Planeamento da entrevista

Com o objetivo de conhecer melhor as necessidades do utente, aprofundar as suas dificuldades e planificar cuidados personalizados e de qualidade, abordei-o de forma assertiva e propus-lhe a realização de algumas entrevistas. Expliquei-lhe os objetivos/finalidades das mesmas, salientando o respeito pela confidencialidade. Desta forma, o utente mostrou-se disponível e de forma informal deu o seu consentimento para a realização das mesmas. Tendo em conta o seu estado fragilizado propus que naquele dia apenas fizéssemos uma entrevista para colheita de dados. A entrevista seguinte ficou agendada com o utente para o dia seguinte no período da tarde.

**Tempo da entrevista:** Primeira entrevista: 25 minutos;

Segunda entrevista: 45 minutos;

**Data das entrevistas:** Dias 14 e 15 de outubro de 2014;

**Local:** Sala de dinâmicas do grupo I;

**Tipo de Entrevista:** Semiestruturada

**Forma de registo de dados:** Realizadas poucas notas em suporte de papel (utente não mostrou incomodo pelo facto de eu estar a tomar notas).

Com a realização desta entrevista pretendi recolher informações o mais precisas possível, no que se refere à história de vida do utente, os problemas que está a viver atualmente, os fatores de *stress* que o estão a influenciar e também os recursos

internos e externos de que dispõe para mobilizar com o intuito de arranjar estratégias capazes de resolver os seus problemas.

Ao longo da sua vida o senhor B.C. foi exposto a vários fatores de *stress* que interferiram com a harmonia do seu sistema. Deste modo, para a identificação desses mesmos fatores recorri à consulta do processo clínico do utente bem como aos dados colhidos durante as entrevistas efetuadas.

Iniciei a entrevista fazendo novamente uma apresentação pessoal e clarificando os objetivos e aspetos pragmáticos da entrevista. Recordei-lhe o meu nome e o meu propósito no HD.

Escolhi um ambiente reservado e permiti que o utente escolhesse onde se queria sentar colocando-me não muito distante mas tendo em atenção a sua área de conforto. De acordo com Phaneuf (2005), este é um aspeto primordial na abordagem do cliente uma vez que, quando uma pessoa invade o espaço de outra aproximando-se demasiado dela ou tocando-a, produz uma rutura do equilíbrio psicológico e mesmo, em certos casos, um sentimento de agressão e de insegurança.

No início o utente encontrava-se um pouco retraído, abanava as pernas constantemente e mexia nas folhas que estavam em cima da mesa. Gradualmente foi ficando mais à vontade e foi colaborando de forma adequada.

## **1.2. Apresentação de dados**

### **1.2.1. Identificação**

- Nome: B. C.
- Idade: 38 anos
- Data de Nascimento: 19-12-1975
- Nacionalidade: Portuguesa
- Naturalidade: Lisboa
- Sexo: Masculino
- Estado Civil: Casado
- Residência: Póvoa de Santa Iria

- Habilitações literárias: 9º ano
- Religião: Católico não praticante
- Profissão: Atualmente de baixa mas é estivador (portuário) de profissão desde 1995

### **1.3. Motivo de internamento**

Utente seguido em consulta particular de psiquiatria tendo posteriormente sido encaminhado para o HD. Recorreu a um especialista por quadro de amnésia, cefaleias, tonturas, ataques de pânico e fobia social. Refere não conseguir sair de casa – “tenho medo” (SIC). Atualmente refere ainda manter “insegurança irracional” (SIC).

### **1.4. História e dinâmica familiar**

Segundo filho de uma fratria de 2 de uma família pouco estruturada. A mãe tem 54 anos e o pai tem 59 anos e estão atualmente divorciados. A mãe saiu de casa nos anos 70 por ser vítima constante de maus tratos.

Vive com a esposa com quem está casado há 17 anos (1º e único casamento) que atualmente está desempregada (trabalhava com o sogro num negócio de alumínio) e com os 3 filhos menores todos do sexo masculino (15, 14 e 6 anos).

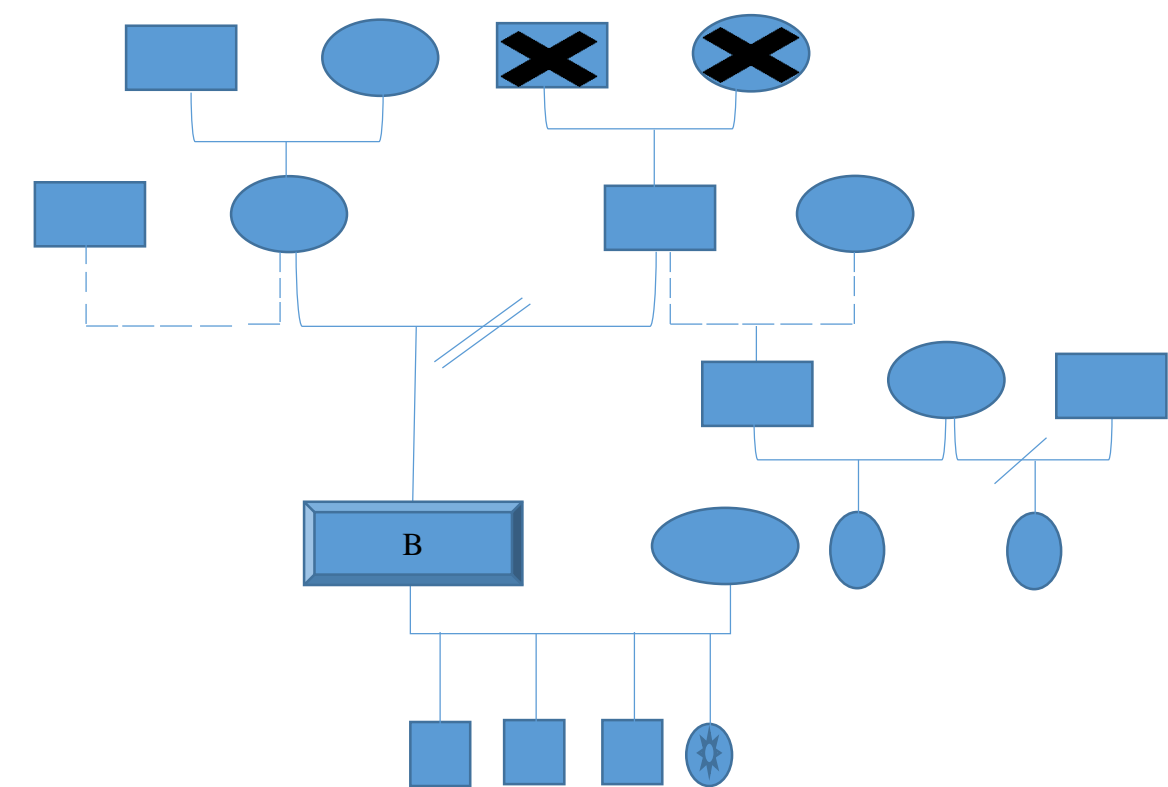
Tem um irmão (fruto de uma relação que o pai tem com outra mulher que não é a mãe) que é casado e vive com a esposa e duas filhas (sendo que uma delas é resultado de outro casamento da esposa).

#### **1.4.1. Genograma**

De acordo com Correia, E. e Martins, G. (2009, p.20) “o genograma consiste em uma técnica que visa representar de forma gráfica o desenho familiar ou árvore familiar, é através deste instrumento que podemos obter uma visão geral da estrutura familiar”. Desta forma, foi efetuado o genograma que apresento na figura 1.



Figura 1 – Genograma do utente



Legenda:

Homem

Mulher

Morte

Aborto Induzido

Divórcio

União de facto

Casamento

Separação conjugal

## **1.5. História e desenvolvimento pessoal**

### **1.5.1. História perinatal**

Filho de uma gravidez não planeada e não desejada, sendo que desconhece problemas durante a mesma. Parto de termo por cesariana, no hospital. Desconhece intercorrências neonatais (pré ou pós natais). Refere aleitamento materno por período de tempo que não soube especificar.

### **1.5.2. Sintomas psicopatológicos na infância/adolescência**

Nega sintomas psicopatológicos na infância, nomeadamente onicofagia, ecoprese, tiques ou alterações da alimentação e do sono. Sem alterações conhecidas no desenvolvimento psico-motor, refere que começou a andar e falar na mesma idade das outras crianças.

Tinha uma relação distante com os pais, que sempre tiveram uma postura rígida, não o deixando construir uma imagem de si próprio nem fazer opções relativas ao seu futuro, mesmo depois de adulto. Refere manter uma relação muito forte com os avós maternos considerando-os o seu porto de abrigo. Como momento significativo e marcante que recorda da sua infância, referiu que o pai batia muito na mãe, “era muito agressivo e nem precisava bater. Só a presença do meu pai impõe respeito” (SIC). Sempre que estes episódios se repetiam era mandado para casa dos avós e não percebia porque tinha de ser diferente das outras crianças, “passava grande parte do tempo em casa dos meus avós e não com os meus pais” (SIC). Nesta altura referiu ainda que teve várias vezes ideação suicida, sendo que sempre que tinha estes pensamentos “fugia para casa dos avós” (SIC).

### **1.5.3. Percurso escolar**

Durante a infância refere ter tido sempre dificuldade na aprendizagem. As únicas disciplinas que gostava eram história e geografia, “para essas nem precisava estudar” (SIC). Tudo o resto para ele era um “martírio” (SIC).

Refere que fazia amigos com muita facilidade, “era muito popular, fazia muito desporto, surf, skate, era magro e giro”(SIC). Durante a adolescência refere ter tido muitas namoradas e nunca teve qualquer problema neste tipo de relacionamentos.

#### 1.5.4.História de saúde

Antecedentes pessoais:

- Sinusite e rinite crónicas;
- Abuso de substâncias:
  - Fumador desde os 16 anos; abuso de canabinoides dos 16 aos 34 anos; uso de cocaína snifada dos 23 aos 34 anos e heroína fumada dos 16 aos 19 anos.
  - Na idade adulta refere hábitos etanólicos marcados. Refere que recorreu aos consumos para “fugir à timidez” (SIC). Começou a beber para conseguir sair de casa, chegava a beber mais de uma garrafa de whisky por noite. Depois surgia o sentimento de culpa e frustração e por isso auto mutilava-se e sentia-se bem ao fazê-lo.
- Aos 22 anos (1998), sofreu um acidente de mota com necessidade de internamento (durante 17 dias), do qual resultaram alterações osteofitárias com acentuação do debrum discal (C5-C6).
- Após o acidente, em 1999 foi-lhe diagnosticada uma depressão.
- Em 2013 foi submetido a apendicectomia.
- Ainda em 2013 apresenta o primeiro ataque de pânico associado a fobia social e pensamentos persecutórios.

#### 1.5.5.Terapêutica instituída no internamento

Durante o internamento, o Sr. B. esteve medicado com:

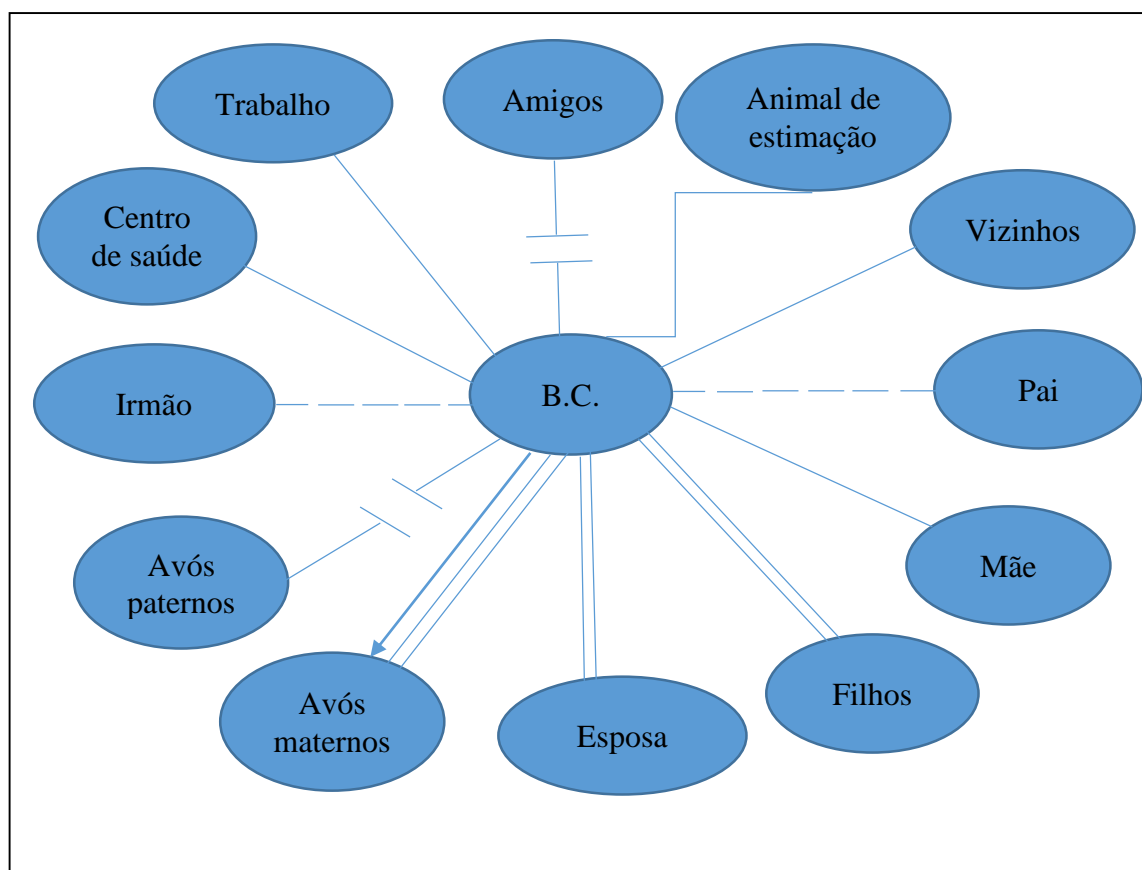
Paroxetina 20mg	2 Cp / dia (9h e 13h)
Aciso Valproico 500mg	3 Cp / dia (9h, 13h, 19h)
Olanzapina 5mg	1 Cp / dia ao deitar
Dissulfiram 250mg	1 Cp /dia ao pequeno-almoço
Cloropromazina 25 mg	1 Cp/ dia (21h)

Alprazolam 1mg	1 Cp / dia (lanche)
Alprazolam 2mg	1 Cp/dia (9h)
Pregabalina 300mg	2 Cp/dia ( 9h e 19h)

#### 1.5.6.Ecomapa

O ecomapa representa graficamente as ligações do utente/família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita. Além disso, “identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.” (Agostinho, 2007, p.327).

**Figura 2 – Ecomapa do utente**



→	Fluxo de energia
—	Boa relação
---	Relação distante

## 1.6. Exame mental

- **Apresentação e postura** - Idade real coincidente com idade aparente, aspeto geral descuidado mas limpo. Postura direita, normalmente com pés descruzados e mãos entrelaçadas; contacto sintónico.
- **Atividade Motora** – Normal
- **Discurso/linguagem** – Discurso coerente e organizado. Adequado quanto ao conteúdo.
- **Atitude/comportamento** – Colaborante e adequado quanto às questões, porém apresenta postura reservada e um certo evitamento em relação a algumas questões.
- **Memória, Atenção e Concentração** - Atenção captável e fixável. Sem aparentes alterações da memória bem como da concentração. Capacidade de pensamento abstrato mantida.
- **Estado de Consciência e Orientação** - Apresenta-se vígil; orientada no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.
- **Estado emocional (humor e Afetos)** - Apresenta afetos ressonantes e moldáveis, expressando alguns sorrisos ao longo da entrevista. Humor maioritariamente depressivo.
- **Pensamento** - Sem alterações.
- **Percepção**- Sem alterações.
- **Insight**- Apresenta juízo crítico sobre a doença e o internamento. Reconhece a doença e as manifestações psicóticas como situações anormais.

## 1.7. Exame físico

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,3°C

Tensão Arterial: 121/73 mm/Hg

Frequência Cardíaca: 110 batimentos por minuto

Glicemia Capilar: 114 mg/dl

Saturação de Oxigênio: 96%

Avaliação da Visão / Audição:

Visão: Mantida

Audição: Mantida

Avaliação Ponderal:

Peso: 94 kg

Altura: 180 cm

Alergias:

Alimentos: Desconhece

Fármacos: Desconhece

Pele e mucosas:

Alteração da integridade: Pele corada e descamativa.

## 2. IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE *STRESS*

Tendo em conta a informação recolhida durante as entrevistas anteriormente apresentadas e segundo o modelo da Betty. Neuman que assenta em quatro pressupostos fundamentais (saúde, pessoa, ambiente e enfermagem), foram identificados vários fatores de *stress*. Os fatores de *stress* são os estímulos que produzem tensão dentro das fronteiras do sistema da pessoa. Podem ser de ordem intrapessoal, ocorrendo no indivíduo, como as respostas condicionadas; de ordem interpessoal, ocorrendo entre um ou mais indivíduos como as expectativas de determinada função e de ordem extrapessoal, que ocorrem fora do indivíduo como por exemplo as questões financeiras (Tomey & Alligood, 2004).

A identificação de fatores de *stress* é fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado contribuindo desta forma para mobilizar os recursos pessoais do utente. Desta forma, foram identificados os seguintes fatores de *stress*:

**Quadro 1** – Identificação dos fatores de *stress*

<b>Fatores de <i>stress</i></b>	
<b>Intrapessoais:</b>	Ansiedade pelo internamento Reconhecer a necessidade terapêutica Conhecimento e aceitação da doença
<b>Interpessoais:</b>	Dificuldade em relacionar-se Consumo abusivo de álcool Conflitos com os pais Conflitos conjugais
<b>Extrapessoais:</b>	Aceitação do internamento Falta de rendimentos no agregado familiar por estar de baixa

### 3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados têm como objetivo refletir os diagnósticos esperados, as metas a atingir bem como as intervenções relacionadas. Desta forma, “o atendimento traçado no plano padronizado (...) representa o cuidado responsável ao qual o cliente tem direito” (Carpenito-Moyet, 2009).

O Plano de Cuidados foi elaborado tendo como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Durante a colheita de dados foram levantados vários focos:

- Processo familiar comprometido
- Risco de Uso de substâncias
- Auto controle Ansiedade
- Adesão ao regime terapêutico
- Risco de agressividade
- Risco de suicídio
- Comunicação comprometida
- Aceitação do estado de saúde.

**Quadro2** – Plano de cuidados

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções
<b>Foco:</b> Risco de processo familiar <b>Juízo:</b> comprometido	Promover o envolvimento familiar no processo de tratamento do utente nomeadamente a esposa.	Realizar conferencia familiar de 15 em 15 dias (de acordo com o definido pela instituição), ou sempre que se justifique; Informar a família, nomeadamente a esposa, dos objetivos específicos do programa terapêutico promovendo o seu envolvimento; Dar à família um papel ativo no processo terapêutico.
<b>Foco:</b> Risco de uso de substâncias <b>Juízo:</b> privado	Manter a abstinência.	Realizar educação para a saúde; Incentivar a adesão ao regime terapêutico; Ensinar sobre o processo da doença; Vigiar uso de substâncias; Vigiar sinais de privação (tremores, ansiedade, agitação, sudorese).



<p><b>Foco:</b> Auto controle ansiedade</p> <p><b>Juízo:</b> ineficaz</p>	<p>Diminuir os níveis de ansiedade.</p>	<p>Promover o envolvimento familiar; Encorajar auto controlo: ansiedade; Encorajar a comunicação expressiva de emoções; Gerir ambiente físico;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de relaxamento nomeadamente relaxamento progressivo de Jacobson; Executar técnicas de relaxamento nomeadamente relaxamento progressivo de Jacobson; Orientar por antecipação a situação de crise;</p> <p>Realizar psicoeducação sobre gestão de ansiedade e hábitos de vida saudáveis (técnicas de relaxamento, alimentação saudável e adesão ao regime terapêutico).</p>
<p><b>Foco:</b> Adesão ao regime terapêutico</p> <p><b>Juízo:</b> Conhecimento não demonstrado</p>	<p>Promoção da adesão ao regime terapêutico.</p>	<p>Ensinar sobre regime terapêutico (frequência, horários e efeitos secundários)</p> <p>Explicar complicações da não adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Instruir sobre a adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Validar conhecimentos sobre adesão ao regime terapêutico.</p>
<p><b>Foco:</b> Risco de agressividade</p> <p><b>Juízo:</b> presente</p>	<p>Diminuir comportamentos de agressividade.</p>	<p>Encorajar o utente a explicar o que está a sentir e identificar situações específicas que potenciam a sua agressividade;</p> <p>Encorajar o diálogo com pessoas significativas nomeadamente a esposa;</p> <p>Gerir ambiente físico;</p> <p>Explicar necessidade de tratamento e a importância de manter a confiança nos profissionais de saúde.</p>
<p><b>Foco:</b> Risco de suicídio</p> <p><b>Juízo:</b> presente</p>	<p>Prevenção de comportamentos de risco</p>	<p>Identificar situações de risco;</p> <p>Identificar presença de ideação suicida;</p> <p>Gerir ambiente físico;</p> <p>Promover a relação de ajuda.</p>
<p><b>Foco:</b> Comunicação</p> <p><b>Juízo:</b> comprometida</p>	<p>Otimização da comunicação</p>	<p>Utilizar discurso simples e facilmente compreensível.</p>
<p><b>Foco:</b> Aceitação do estado de saúde</p> <p><b>Juízo:</b> comprometida</p>	<p>Conhecer e aceitar a doença</p>	<p>Avaliar a compreensão que o utente tem sobre o seu estado de saúde;</p> <p>Avaliar o impacto que a situação clínica tem na sua vida e na vida da família (nomeadamente a esposa e os filhos);</p> <p>Realizar educação para a saúde.</p>

## **4. CONCLUSÃO**

A realização deste trabalho, na minha perspetiva, promoveu a minha aprendizagem, facultando o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação interpessoal, da pesquisa e organização de informação. A escolha de uma entrevista semiestrutura foi importante pois permitiu uma melhor expressão de pensamento e de emoções. Com este trabalho pretendo contribuir para estabilizar um utente em crise, devolvendo-lhes estratégias e mecanismos internos de defesa face aos problemas que enfrenta, bem como à sua família.

Desta forma, considero de extrema importância o adequado levantamento das estruturas de apoio do utente e da família, bem como a necessidade de pautar a prática de enfermagem pelo rigor e apoio num modelo teórico e no processo de enfermagem. Apenas com uma colheita de dados e uma análise bem estruturada se poderá planejar intervenções eficazes e coerentes com vista à promoção da saúde mental dos utentes.

Importa referir que todas atividades realizadas foram uma mais-valia, contribuindo para a aquisição e aperfeiçoamento de competências como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M (2007). Ecomapa. *Revista portuguesa de clínica geral*, 23, 327-330.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. (11ª edição), Porto Alegre: Artemed
- Castro, C. (2002). Saber escutar para saber cuidar. *Nursing*, 162, 20-22.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidata.
- Correia, E. C., Martins, G. T. (2009). Genograma: um instrumento de avaliação em Saúde Mental. *Revista das Faculdades Santa Cruz*, volume 7, nº2, 17-29. Acedido a 14/10/2014. Disponível em: <http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/13/cap3.pdf>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro*. Lisboa: Lusodidata
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Tomey A. M., Alligood M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª edição), Loures: Lusociência.

#### APÊNDICE XIV

Programa terapêutico de gestão da ansiedade:

O mundo dá voltas: Relaxa

## PROGRAMA TERAPÊUTICO DE GESTÃO DA ANSIEDADE: O mundo dá voltas: Relaxa

		Mês de janeiro						
Intervenções de cariz psicoeducacional	Relaxamento progressivo de Jacobson (técnica adaptada)	X	X	X	X	X	X	X
	Conceitos e estratégias para lidar com a ansiedade	X						
	Consequências do consumo abusivo de álcool		X					
	Consequências do consumo de drogas			X				

## Apêndice XV

Consentimento livre e informado para a participação no estudo

Caro Utente

Estamos a efetuar um estudo sobre as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na redução da ansiedade de pessoas dependentes de substâncias psicoativas.

Este estudo tem como objetivo melhorar os cuidados prestados aos utentes, assim como a educação prestada aos mesmos nas nossas instituições de saúde.

Pretendemos saber como se sente antes e depois das referidas intervenções.

É importante que responda a todas as questões, pelo que lhe pedimos que reveja as respostas antes de entregar os questionários. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

O preenchimento deste questionário é fácil e ao longo do mesmo encontrará indicações específicas para o seu preenchimento. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

A investigadora: Cláudia Almeida

CÓDIGO \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a solicitar a sua participação no estudo sobre o impacto das **“Intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional na redução da ansiedade de pessoas dependentes de substâncias psicoativas”**.

Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões.

A sua participação é muito importante, para sabermos o que sente antes e depois das referidas intervenções.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e a informação será apenas utilizada neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Data ...../...../.....  
Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_



Apêndice XVI  
Planificação da sessão: Vírus Ébola

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Vírus Ébola

**Local:** Ginásio das Taipas

**Método:** Expositivo e demonstrativo individual

**Formadores:** Enfermeira Claudia Almeida

**População alvo:** Equipa multidisciplinar das Taipas.

**Objetivo:** Identificar as principais características da doença por vírus ébola; Dar a conhecer os procedimentos e equipamentos de proteção perante uma suspeita de ébola.

**Data:** 10 de Fevereiro de 2015

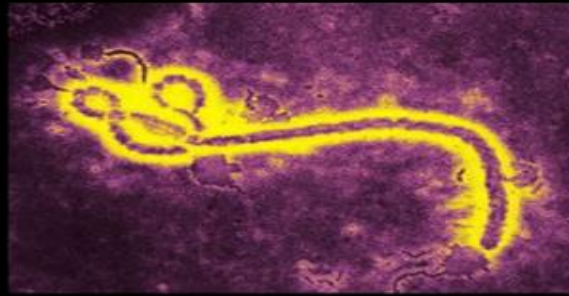
**Duração:** 60 min

**Material:** Computador, data *show*; equipamentos de proteção

Fases	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Recursos necessários
<b>Apresentação da sessão e seus objetivos</b>	<b>10 min</b>	Serão explicados os conteúdos e objetivos da sessão.	Dar a conhecer os objetivos e metodologia da formação.	Computador e data <i>show</i> .
<b>Desenvolvimento</b>	<b>30 min</b>	Abordar a epidemiologia da doença;  Descrever os meios de transmissão, sinais e sintomas da doença e o seu tratamento; Dar a conhecer os procedimentos perante uma suspeita de infeção por vírus Ébola	Abordar a patologia – Sinais e sintomas da infeção por Vírus ébola.  Sensibilizar os profissionais para a importância de reconhecer sintomatologia da infeção pelo vírus.  Sensibilizar os profissionais para a importância de seguir o protocolo de forma rigorosa com o objetivo de prevenção de infeção	Computador e data <i>show</i> .
<b>Apresentação do equipamento de proteção individual e espaço para dúvidas</b>	<b>20 min</b>	É realizada a demonstração da correta utilização dos equipamentos de proteção individual e há ainda espaço para colocar dúvidas.	Dar a conhecer os equipamentos de proteção individual.  Tirar dúvidas.	Equipamento completo de proteção individual a utilizar perante uma suspeita de vírus ébola.

Apêndice XVII  
Formação em Serviço: Vírus Ébola

# DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA



Enfermeira Cláudia Almeida  
Serviço de Doenças Infecciosas do HCC

Janeiro de 2015

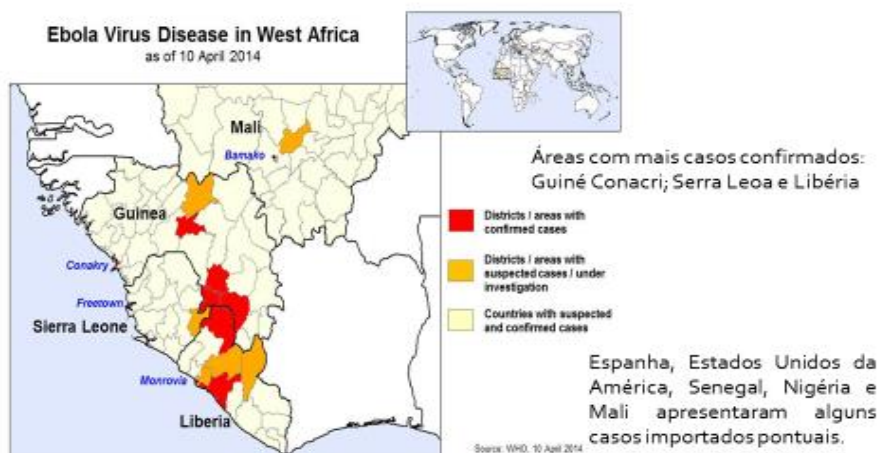
## OBJETIVOS:

- Identificar as principais características da doença por Vírus Ébola.
- Dar a conhecer os procedimentos perante uma suspeita de Ébola.
- Dar a conhecer os equipamentos de proteção individual.

## VÍRUS ÉBOLA

- A primeira vez que o vírus ébola surgiu foi em **1976** no antigo Zaire numa região situada próximo do Rio Ébola (República Dominicana do Congo).
- Os morcegos frutívoros são considerados os hospedeiros naturais do vírus. Pensa-se que os primatas podem ser infetados através da ingestão de frutos contaminados pelo vírus Ébola (contaminação através da saliva de morcegos).
- O atual surto começou na Guiné Conacri em dezembro de **2013**.
- A taxa de mortalidade do vírus varia entre os **25%** e os **90%**.

## DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA DESDE ABRIL DE 2014.



Na Guiné-Conacri, Serra Leoa e Libéria a propagação da epidemia do ébola deve-se, sobretudo, ao facto de serem países contíguos, com delimitação porosa das fronteiras, isto é, permeáveis e como tal atravessadas por populações rurais.

A atividade epidémica na Nigéria é explicada a partir da importação de um caso, que viajou por via aérea, dando origem a cadeias de transmissão.

DGS, 2014

Até 11 de dezembro de 2014 foram notificados oficialmente 18.152 doentes e 6.548 óbitos.

Em Portugal até 20 de novembro de 2014 foram validados 8 casos suspeitos com diagnóstico negativo para vírus ébola.

A taxa de letalidade estimada, tendo em conta os dados atuais, é de 36%.

DGS, 2014

# DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA

- Doença caracteriza-se por:
  - Início súbito semelhante a uma gripe, com febre, cefaleias, mialgias, artralgias, vômitos, diarreia e exantema.
- Em estádios mais avançados pode ocorrer:
  - Insuficiência renal ;
  - Insuficiência hepática;
  - Distúrbios da coagulação;
  - Evolução para falência multiorgânica.

DGS, 2014

## CASO SUSPEITO

Pessoa que apresente os seguintes critérios clínicos e epidemiológicos:

### Critérios clínicos:

Febre de início súbito

E

Pelo menos, mais um dos seguintes sintomas/sinais:

Mialgias, astenia, cãibras, odinofagia, vômitos, diarreia, anorexia, dor abdominal, cefaleias, confusão, prostração, conjuntivite, faringe hiperemiada, exantema maculo-papular, predominantemente no tronco, tosse, dor no peito, dificuldade respiratória e hemorragias.



### Critérios epidemiológicos:

História recente de viagem, escala ou residência na Guiné-Conacri (nos 21 dias antes do início dos sintomas) ou em países onde, recentemente tenha sido reportados casos suspeitos ou confirmados de infecção por vírus ébola.

Ou

Contacto próximo com doente com diagnóstico de Doença por Vírus ébola.

DGS, 2014

# DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA



#ADAM



## TRANSMISSÃO:

### Principais vias de transmissão:

- **Contacto direto:** com sangue, secreções, tecidos, órgãos e líquidos orgânicos de doentes vivos ou cadáveres.
- **Contacto indireto:** com ambientes contaminados com sangue e outros fluidos orgânicos de doentes vivos ou cadáveres.

DGS, 2014

## TRANSMISSÃO:

- **A inoculação accidental:** através do contacto direto ou indireto dos fluidos com a pele integra ou mucosas, ou através de picada de agulha.
- **A transmissão sexual:** pode ocorrer até 7 semanas após a cura clínica.
- Não há comprovação epidemiológica de transmissão por aerossol. No entanto, admite-se a possibilidade de contágio através da aerossolização das secreções brônquicas infetadas.

DGS, 2014

## TRANSMISSÃO:

- Período de incubação: 2 dias a 3 semanas.



- A transmissão do vírus pessoa a pessoa ocorre **APENAS** a partir do início dos sinais e sintomas.

DGS, 2014

# DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA

## ■ TRATAMENTO:

- O tratamento é de suporte, em função do estado clínico do doente.
- Não há indicação para quimioprofilaxia nem vacina disponível.

## ■ EVOLUÇÃO:

- A doença apresenta um curso de cerca de 2 semanas.
- O período de transmissão mantém-se durante a fase sintomática.

DGS, 2014

## CASO SUSPEITO QUE COMPARECE NUMA UNIDADE DE SAÚDE – O QUE FAZER?

### ESTAREI DOENTE?

#### SE NOS ÚLTIMOS 21 DIAS



Esteve num  
país afetado  
pela epidemia  
de Ébola

ou



Esteve em  
contacto com um  
doente infetado  
por Ébola

+



Se tem ou  
teve febre



#### NÃO SE DESLOQUE

Não recorra diretamente aos serviços  
de saúde  
Evite os contactos com outras pessoas



#### LIGUE DE IMEDIATO

**808 24 24 24**

Estamos preparados para o aconselhar



## O profissional que identifica o caso suspeito deve:

- Criar de imediato medidas de barreira:
  - Distância mínima de 2 metros entre o caso suspeito e qualquer outra pessoa;
  - Evitar qualquer contacto físico do caso suspeito com outras pessoas, incluindo profissionais;
  - Calçar luvas e fornecer uma máscara ao caso suspeito;
  - Isolar o caso suspeito dentro das possibilidades disponíveis;
  - Contactar a linha de apoio médico da DGS para validação do caso.

DGS, 2014

O responsável clínico da equipa procede imediatamente à validação do caso suspeito junto da DGS – linha de apoio médico **300 015 015**.

Caso não validado



Caso validado

DGS, 2014

## Se o caso suspeito for validado:

Como não está num hospital de referência



Aguarda a chegada da equipa especializada de transporte -  
**INEM**



Simultaneamente será efetuada a identificação dos contactos, para eventual vigilância caso se venha a confirmar o diagnóstico.

DGS, 2014

## VIGILÂNCIA DOS CONTACTOS

- A vigilância dos contactos na comunidade é efetuada pelos Delegados de Saúde/Equipas de saúde pública.
- A vigilância dos contactos em contexto laboral é da responsabilidade dos respetivos serviços de Segurança e Saúde no Trabalho, em articulação com Grupos de Coordenação de Prevenção e Controlo de Infecção ou, se necessário, pelos Delegados de Saúde.

DGS, 2014

## VIGILÂNCIA DOS CONTACTOS

Se qualquer das pessoas em vigilância desenvolver critérios clínicos e epidemiológicos, passa a ser considerado como **CASO SUSPEITO**.



DGS – Linha de apoio médico - Validação

## HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

- Há três hospitais de referência: Hospital de S. João (Porto), Hospital de Curry Cabral e Hospital de D. Estefânia (Lisboa). Estes hospitais estão preparados, a nível de instalações, equipamentos e profissionais de saúde, para responder a situações de doença por vírus Ébola.

## RISCO DE INFECÇÃO

É considerado baixo, desde que não exista exposição direta a pessoas sintomáticas, animais infectados, superfícies ou objetos contaminados. No entanto, existe um risco acrescido para os profissionais de saúde.



Adoção de medidas de controlo de infeção – EPI e descontaminação e gestão de resíduos.

DGS 2014

## EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



## COMO USAR OS EPI?

### VESTIR:

- 1º- Touca
- 2º- Luvas roxas (nitrilo)
- (Cano de luva por cima do fato de circulação)
- 3º- Cobre-botas (1º)
- 4º - Fato integral
- (Fechar até meio e não colocar logo capuz. Deixar calcanhar por dentro do fato)
- 5º- Cobre-botas (2º)
- 6º- Luvas brancas (cirúrgicas)
- (Cano de luva por cima do fato completo)
- 7º- Respirador P3
- 8º- Óculos
- 9º - Colocar capuz do fato
- (Fechar fecho e abas autocolantes)
- 10º - Bata
- 11º- Luvas castanhas (cirurg. ortopédica)
- (Cano de luva por cima da bata)
- 12º - Cogula
- 13º - Viseira

DGS, 2014

## DESCONTAMINAÇÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS

- O vírus ébola é considerado um agente biológico de risco **4** (agentes biológicos que causam doenças graves no homem e constituem um grave risco para os trabalhadores - regra geral não existem meios de profilaxia ou de tratamento) que se transmite através do contacto direto e indireto com sangue e outros fluidos corporais, gotículas ou órgãos de pessoas doentes ou de cadáveres, e superfícies ou objetos contaminados.

### INTERROMPER TRANSMISSÃO

DGS, 2014

## DESCONTAMINAÇÃO

- Processo físico ou químico de remoção e/ou destruição de microrganismos incluindo procedimentos de limpeza e desinfecção.



### Descontaminação de objetos de utilização clínica/superfícies aparentemente limpas em caso confirmado

- Todos os objetos que não sejam de utilização única ou que não sejam passíveis de incineração são descontaminados com solução desinfetante de hipoclorito de sódio 1% ou com álcool 70%.
- Os panos ou toalhetes utilizados deveram ser de utilização única e devem ser tratados como resíduos hospitalares do grupo IV (incineração obrigatória).

DGS, 2014

## BIBLIOGRAFIA:

- Direção Geral de Saúde (2014). *Doença por vírus ébola*. Lisboa. Disponível em:  
**<http://www.ebola.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>**